

(1^{re} Série.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 199).

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
PLAIES DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Lundi 17 Novembre 1884, à 3 heures de l'après-midi

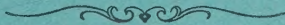
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES FRANÇOIS

Né le 11 octobre 1859 à Rouves (Meurthe-et-Moselle)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



NANCY

IMPRIMERIE F. COLLIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

—
1884



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0029

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
PLAIES DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Lundi 17 Novembre 1884, à 3 heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES FRANÇOIS

Né le 11 octobre 1859 à Rouves (Meurthe-et-Moselle)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



NANCY

IMPRIMERIE F. COLLIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

—
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLOT ✱, STOLTZ C ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, profess.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profes.	
Clinique obstétricale et accou- chements.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱, E. PARI- sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patholo- gie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, profess.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, profess.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, profess.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. WEISS, agrégé, chargé de cours.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, id.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, id.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SPILLMANN.	MM. GARNIER.	MM. BARABAN.
DEMANGE.	WEISS.	BAGNERIS.
A. HERRGOTT.	SCHMITT.	MACÉ.
	ROHMER.	

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la thèse :

M. GROSS, *président* ; MM. CHRÉTIEN, WEISS, BARABAN.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont pré-
sentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni
les approuver ni les imputer.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Au mois de décembre 1881, M. le professeur Gross a eu l'occasion d'observer dans son service un cas de plaie pénétrante de l'œsophage, compliquée d'une plaie de l'artère vertébrale ; il nous a paru utile de publier cette observation intéressante dans notre thèse inaugurale et de faire une étude comparée des cas de ce genre publiés par les auteurs.

Les plaies de l'œsophage étant des accidents rares, nous nous expliquons pourquoi les travaux publiés sur ce sujet sont très peu nombreux. Dans aucun traité de chirurgie on ne décrit ces plaies isolément ; partout elles rentrent naturellement dans le chapitre des plaies du cou. Parmi les travaux français nous trouvons deux thèses déjà anciennes l'une de Simoneau (1) (1808), l'autre de Boulon (2) (1828), les notes de Mondière dans les *Archives générales de médecine* (3) (1833) ; plus près de nous la thèse de Horteloup (4) (1869) et celle de Roumegoux (5) 1878. Tous ces ouvrages renferment peu d'observations.

(1) *Essai inaugural sur les solutions de continuité du pharynx et de l'œs.* Paris 1808.

(2) *Diss. inaugur. sur les plaies de l'œs. Expériences sur des animaux.* Paris 1828.

(3) *Archives générales de médecine*, 2^e série, t. II, p. 510. 1833.

(4) *Plaies du larynx, de la trachée et de l'œs.*, thèse d'agrégation, 1869.

(5) Thèse de doctorat. Paris, 1878.

A l'étranger nous trouvons les travaux de Schüller (1) (1875) et celui de Wolzendorf (2) (1880). Ce dernier auteur a étudié les plaies par instruments piquants et tranchants, et surtout les plaies par armes à feu ; plusieurs des nombreuses observations qu'il a rassemblées ne se trouvant pas citées par les auteurs français, nous les lui emprunterons, en les reproduisant le plus exactement possible.

PLAN ET DIVISION

Dans notre travail nous nous bornerons à l'étude des plaies de l'œsophage produites accidentellement, de dehors en dedans par les instruments piquants et tranchants.

Nous n'étudierons pas les plaies de l'œsophage par des instruments contondants, les plaies par armes à feu, ni celles qui sont le résultat d'une cause agissant de dedans en dehors. Enfin nous laisserons de côté les plaies occasionnées par les corps étrangers, par l'œsophagotomie soit interne soit externe, par le catéthérisme, les ruptures spontanées de ce conduit observées quelquefois pendant les efforts de vomissements.

Voilà dans quelles limites nous nous tiendrons pour ce qui concerne la nature des plaies. Quant à leur siège, nous considérons l'œsophage dans une acception plus large qu'on ne le fait habituellement dans les ouvrages

(1) *Des blessures simultanées de la trachée et de l'œs.* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, VII, n° 324, 1876.

(2) *Deutsche militärische Zeitschrift*, 1880, p. 477.

d'anatomie. Dans le langage chirurgical, on ne fait pas de distinction entre l'œsophage et le pharynx, car elle est inutile pratiquement. On a fait des œsophagotomies dans lesquelles on ouvrait plutôt le pharynx que l'œsophage lui-même. « Les plaies de la partie inférieure du pharynx, dit Horteloup (1) ne diffèrent en rien des plaies siégeant sur la portion cervicale de l'œsophage, et elles réclament le même traitement. D'autre part afin de ne pas tomber dans l'inconvénient de traiter ici de toutes les plaies du pharynx, je rangerai dans l'histoire des blessures de l'œsophage celles de la portion du pharynx située au-dessous d'un plan fictif qui raserait le bord supérieur de l'os hyoïde. »

A l'exemple de Horteloup, nous étudions parmi les plaies de l'œsophage, celles du pharynx qui sont situées au-dessous du niveau de l'os hyoïde.

Dans une première partie nous nous occuperons de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche, des terminaisons et du traitement des plaies de l'œsophage. Dans une deuxième nous placerons toutes nos observations.

(1) Loc. citato, p. 9.

I. ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Les plaies de l'œsophage dont nous nous occupons, sont produites, comme nous l'avons déjà dit, par des *instruments tranchants* ou *piquants* agissant de dehors en dedans. Elles sont le résultat de causes accidentelles ; on les rencontre dans l'immense majorité des cas, dans les tentatives criminelles de suicide ou d'homicide, ou dans les luttes à main armée. Cependant certaines opérations chirurgicales malheureuses peuvent s'accompagner d'une blessure accidentelle de l'œsophage. Chassaignac (1) prétend que la trachéotomie s'accompagne assez souvent de la blessure de l'œsophage. Nous lisons dans la thèse de Roumegoux que Dubar, interne des hôpitaux, a fait des expériences sur des cadavres d'enfants, et il a constaté que si l'on fait une incision exactement sur la ligne médiane, il est à peu près impossible de blesser l'œsophage, le bistouri est arrêté par la colonne vertébrale sans avoir atteint le conduit alimentaire.

Wolzendorff, dans son travail, cite un cas de blessure accidentelle de l'œsophage lors de l'extirpation d'un larynx faite par Schmidt chirurgien allemand ; il ajoute que cette blessure fut légère et ne fut pour rien dans le résultat défavorable de l'opération. Ces cas de plaies accidentelles dans les opérations chirurgicales devraient rentrer dans notre étude, mais sur le nombre

(1) *Opérat. chirur.*, t. II, p. 614.

des observations que nous avons pu recueillir, nous n'avons trouvé aucun cas de cette nature. Presque toutes nos plaies ont été faites dans les tentatives de suicide ou d'homicide. Sur 103 observations dont nous donnons la description dans notre deuxième chapitre, une seule (obs. 10) nous fait mention d'un cas où un homme, par suite d'un hasard malheureux, a eu le cou traversé par un corps piquant en bois. On comprend très bien que dans des cas analogues à ce dernier, il peut se produire des plaies de l'œsophage, par exemple, dans une chute sur un couteau. Celles qui ont été faites dans un but de suicide sont de beaucoup les plus nombreuses. Sur 103 plaies, 62 reconnaissent cette origine ; 29 sont le résultat d'une tentative homicide ou d'une lutte à main armée. Dans 11 cas, on ne donne pas d'indications précises sur l'origine de la blessure.

Les auteurs ne mentionnent pas toujours la nature de l'instrument vulnérant. Dans 61 observations de suicide, il est cité seulement 34 fois :

Le rasoir a été employé	17 fois.
Le couteau . . . ,	12 —
Le bistouri	1 —
Un morceau de verre	1 —
Le poignard	1 —
Le canif	2 —
	34

28 fois l'instrument est inconnu.

Dans 29 observations d'homicide ou de lutte à main armée, il est cité 23 fois.

Le rasoir a été employé.	2 fois.
Le couteau-poignard	11 —
L'épée	4 —
Le fleuret	1 —
Le sabre	2 —
La baïonnette	1 —
Le canif	1 —
La serpette	1 —
	23

6 fois l'instrument est inconnu.

Dans les 11 observations parmi lesquelles on ignore si la blessure a été faite dans un but de suicide ou d'homicide, on trouve le couteau employé deux fois ; dans le reste des cas on ne connaît pas la nature de l'instrument employé.

Comme nous pouvons le voir, en consultant les tableaux précédents, le rasoir est l'instrument le plus fréquemment employé dans les plaies de l'œsophage par suicide, et le couteau-poignard dans les plaies résultant d'un homicide ou d'une lutte à main armée.

Nos plaies produites dans le suicide, s'observent chez des individus qui sont poussés par la mélancolie, les espérances déçues, la jalousie, les remords, l'aliénation mentale, les accès de fièvre. Ce sont presque toujours des hommes qui accomplissent ce crime. Si nous parcourons les 62 cas de plaies de l'œsophage par suicide, nous trouvons que sur 56 où l'on indique le sexe, il n'y en a que 7 qui concernent des femmes. Sur 26 cas de plaies faites dans l'homicide ou la lutte à main armée, nous ne trouvons que 6 plaies chez les femmes ; dans une seule observation (obs. 31) c'est une femme qui a fait la blessure.

Au sujet de l'âge, nos observations sont très incomplètes. Il n'y en a que 50 qui l'indiquent. Sur 38 cas de plaies par suicide où l'âge est mentionné, 19 ont été faites de 18 à 30 ans, et 19 de 33 à 55. Dans les cas de plaies par homicide le plus jeune malade a 9 ans, les autres de 20 à 30, et la plus âgée, qui est une femme, a 55 ans.

II. SYMPTOMATOLOGIE

1° Caractères Anatomico-pathologiques

Siège.

Les plaies de l'œsophage que nous étudions n'existent jamais seules. Avant d'atteindre le canal alimentaire, l'instrument vulnérant a intéressé la peau, le tissu cellulaire, des aponévroses, des muscles, des vaisseaux, etc., de telle sorte qu'il a produit deux blessures, une profonde, celle de l'œsophage, et une extérieure superficielle, celle des organes avoisinants. La plaie occupe, tantôt la portion cervicale de l'œsophage, tantôt sa portion thoracique.

Les blessures de la *portion thoracique* sont les moins fréquentes ; nous n'avons pu en réunir que six. Ce sont les plaies de petite dimension produites par des instruments tels que le fleuret (obs. 17), l'épée (obs. 13, 16), la baïonnette (obs. 12) ou le sabre (obs. 15), cinq d'entr'elles se sont accompagnées d'une plaie correspondante de la paroi thoracique ; une seule (obs. 14). a été faite par un couteau qui a été enfoncé au-dessus de la clavicule du côté gauche.

La majorité occupe la *portion cervicale*. Nous en comptons 97 réparties comme il suit.

27 siègent au niveau de l'espace thyro-hyoïdien :

21 sont le résultat de suicide (obs. 32, 33, 34, 51, 54, 55, 72, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89) ; 3 celui d'ho-

micide (obs. 6, 35, 60) ; dans 3 cas on n'indique pas dans quelle circonstance a été faite la plaie (obs. 52, 64, 83).

21 siègent au niveau du cartilage thyroïde :

Suicides : obs. 18, 19, 20, 23, 31, 46, 49, 50, 53, 68, 70, 71 ;
homicides : obs. 11, 36, 39, 69, 98 ; cause inconnue : obs. 45, 94, 95, 96.

12 siègent au niveau du cartilage cricoïde ou de l'espace crico-thyroïdien :

8 sont le résultat de suicides (obs. 21, 26, 30, 38, 47, 48, 102, 103) ; 4 celui d'homicides (obs. 1, 3, 62, 97).

14 siègent au-dessous du larynx :

9 sont le résultat de suicides (obs. 2, 28, 29, 44, 56, 61, 99, 100, 101) ; 4 celui d'homicides (obs. 25, 27, 37, 59) ; 1 cas sans indications précises (obs. 57).

Dans 23 cas, on ne donne pas d'indications précises sur le siège de la blessure.

On peut remarquer d'après les tableaux précédents que les plaies de l'œsophage par suicide occupent toujours la portion cervicale, qu'elles siègent de préférence au niveau de l'espace thyro-hyoïdien dans une proportion de 77,7 pour 100, ou au-dessous du larynx dans une proportion peu différente de 71,4 pour 100.

La plaie par homicide siège plutôt au niveau du cartilage cricoïde ou de l'espace crico-thyroïdien ; dans une proportion de 33,5 pour 100.

La plaie extérieure se trouve généralement située à peu près au même niveau que la plaie de l'œsophage ; nous possédons néanmoins un cas (obs. 14) où la plaie extérieure a été faite à la région cervicale et la plaie de l'œsophage au niveau de la portion thoracique. Tout cela doit dépendre évidemment de la direction qui a été donnée à l'instrument vulnérant.

Direction.

Généralement les plaies sont transversales, rarement longitudinales ou obliques. 30 observations seulement nous indiquent la direction d'une façon exacte.

Dans 23 cas il existe une direction transversale. Une fois (obs. 79) la plaie est faite à la façon de la laryngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne ; mais dans quelques cas elle est loin d'être aussi nette. Dans l'observation de Chauvel (obs. 31), du côté droit de la blessure on voit plusieurs hachures témoignant que le rasoir n'a pas toujours suivi le même chemin ; dans un autre cas (obs. 71) il est dit que les bords de la plaie sont légèrement contus.

Trois fois seulement la plaie a une direction longitudinale (obs. 1, 11, 18). Dans l'observation 1 de M. le professeur Gross, la plaie extérieure et la plaie œsophagienne ont, toutes deux, leur grand axe vertical. Mais il peut se faire que ces deux plaies n'aient pas tout à fait la même direction. C'est là ce qui a dû exister dans l'observation 18 ; l'instrument, qui était un canif, avait été retourné dans tous les sens, avait divisé le cartilage thyroïde en 7 ou 8 morceaux et produit une plaie longitudinale de l'œsophage. La plaie extérieure a dû avoir une direction plus ou moins oblique.

Quatre fois la direction de la plaie est plus ou moins oblique. Dans l'observation 35, elle décrit une courbe qui atteint presque de chaque côté les angles du maxillaire inférieur ; le couteau a agi de bas en haut d'avant en arrière. Dans un autre cas (obs. 36) la plaie est oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de gauche à droite. Une fois (obs. 74) on n'a que la direction de la cicatrice ; elle commençait à un pouce du bord postérieur du sterno-mastoïdien, descendait obliquement vers la région sous-hyoïdienne, s'étendait horizontalement à travers celle-ci et se terminait au bord antérieur du sterno-mastoïdien droit. Dans l'observation 85, la plaie allait du milieu du cou immédiatement au-dessus du larynx vers la droite jusqu'à l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien droit.

On ne mentionne pas ordinairement la direction imprimée à l'instrument qui a produit la blessure. Dans un cas (obs. 38) il fut dirigé d'une façon toute particulière : « Avec la main gauche un faux monnayeur saisit sa gorge, la tire en avant ; avec la droite, il saisit un bistouri, dont il tourna le tranchant en

devant, il enfonce la pointe du côté droit, à cette partie du cou qui répond à deux lignes au-dessus de l'union du cartilage cricoïde avec la trachée-artère et à un pouce du larynx. Il pénètre dans le pharynx, traversa de part en part cet organe et fit sortir l'instrument à un pouce de distance du larynx. Il coupa la face antérieure du pharynx, la face postérieure du cricoïde, ses faces latérales, immédiatement au-dessus des cornes inférieures du thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne et toutes les parties molles, qui latéralement et au-devant recouvrent le larynx. (Reynaud).

Si on cherche maintenant les rapports de la direction de la plaie avec le suicide ou l'homicide, on trouve que presque toutes les plaies transversales sont le résultat de tentatives de suicides, presque toutes les plaies longitudinales celui de tentatives d'homicide. Les plaies à direction oblique contiennent un nombre égal de l'un et de l'autre attentat à la vie.

Étendue.

Nous diviserons les plaies de l'œsophage en deux groupes, suivant leur étendue : les *plaies petites* et les *plaies larges*. Nous appelons : 1° *plaies petites*, celle qui ne présentent pas une solution de continuité extérieure assez étendue pour permettre d'apercevoir facilement la lésion de l'œsophage ; 2° *plaies larges*, celles qui s'accompagnent d'une solution de continuité extérieure assez étendue pour apercevoir la lésion de l'œsophage.

Cette division, nous la retrouverons dans toute la suite de ce travail à propos de la symptomatologie, des complications, du traitement etc. C'est celle qui nous paraît en effet la meilleure. L'étendue de la solution de continuité extérieure entraîne un appareil symptomatique spécial ; la marche de la blessure, le traitement qu'elle nécessite sont aussi tout autres que la marche et le traitement des plaies petites.

a) PLAIES LARGES.

1° *Plaies extérieures*. — Nous appelons plaie extérieure celle qui est faite par l'instrument vulnérant sur les téguments avant

d'intéresser le conduit alimentaire. Son étendue est très variable. Dans trente-trois cas dont on donne les dimensions, nous trouvons comme dimension de la plaie extérieure :

20 centimètres (obs. 25) ;
15 à 18 centimètres (obs. 36) ;
10 travers de doigt (obs. 97) ;
8 travers de doigt (obs. 26) ;
14 centimètres (obs. 31, 60, 50) ;
12 centimètres (obs. 46) ;
132 millimètres (obs. 32) ;
La plaie allait d'une oreille à l'autre (obs. 92) ;
6 pouces (obs. 29) ;
5 pouces (obs. 96, 97) ;
4 pouces 1/2 (obs. 98) ;
4 pouces (obs. 22, 64, 67, 71, 82, 85) ;
9 centimètres (obs. 35) ;
8 centimètres (obs. 27, 33, 73) ;
3 pouces (obs. 48, 49, 53, 70, 88, 89) ;
2 pouces (obs. 69, 81).

2° Plaie œsophagienne. — Si nous consultons les observations qui nous renseignent à ce sujet d'une façon suffisante nous trouvons :

La paroi antérieure de l'œsophage sectionnée tout entière, 8 fois (obs. 27, 38, 49, 63, 70, 86, 98, 100).

L'œsophage coupé jusqu'à sa cloison postérieure, 13 fois (obs. 31, 32, 33, 48, 50, 51, 52, 53, 68, 76, 85, 90, 96).

L'œsophage coupé complètement dans tout son calibre, 9 fois obs. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30).

L'œsophage coupé aux 3/4, 3 fois (obs. 37, 75, 97).

L'œsophage divisé aux 2/3, 2 fois (obs. 15, 26).

L'œsophage divisé à moitié, 2 fois (obs. 62, 81).

Le pharynx sectionné sur une étendue de 4 pouces, 1 fois (obs. 64).

Le pharynx sectionné sur une étendue de 4 centimètres, 1 fois (obs. 46).

Le pharynx sectionné sur une étendue de $1/2$ pouce, 2 fois (obs. 82, 89).

Le pharynx sectionné sur une étendue de 1 pouce, 2 fois (obs. 77, 88).

Une fois (obs. 67) il ne reste plus que $1/4$ de pouce sur sa paroi postérieure.

Dans tous les autres cas les dimensions de la plaie ne sont pas indiquées d'une façon précise. Taitson, parle d'une large ouverture du pharynx (obs. 84, 87) ; ailleurs on dit que l'œsophage est sectionné dans la plus grande partie de son calibre (obs. 71), que sa partie supérieure est presque entièrement coupée (obs. 61), etc.

Si nous comparons maintenant la plaie extérieure et celle de l'œsophage ; nous voyons qu'elles peuvent présenter des dimensions très-différentes. Une plaie excessivement étendue des parties molles, peut se rencontrer avec une plaie peu considérable du conduit alimentaire. Dans l'obs. 36, il est dit que la plaie extérieure avait 15 à 18 centimètres d'étendue et cependant il existait une plaie insignifiante de l'œsophage, dont la tunique musculaire était seulement un peu lésée. Nous pouvons multiplier les exemples :

Obs. 46 :	plaie ext.,	12 cent.,	plaie de l'œsophage,	4 cent.
— 77	—	5 pouces,	—	1 pouce.
— 82	—	4 pouces,	—	$1/2$ pouce.
— 88	—	3 pouces,	—	1 pouce.
— 89	—	3 pouces,	—	$1/2$ pouce.

b) PLAIES PETITES.

La plaie extérieure n'a généralement pas une étendue assez considérable pour permettre d'apprécier les dimensions de la plaie œsophagienne. C'est seulement après la mort que l'examen en est possible ; dans l'obs. 1, à l'autopsie du malade de M. le professeur Gross, on a trouvé sur la paroi postérieure de l'œsophage une plaie intéressant toutes les tuniques de ce conduit, et qui mesurait verticalement 12 millimètres de diamètre, et transversalement 9 millimètres, tandis que la plaie extérieure

avait 12 millimètres de hauteur et 8 millimètres transversalement. On peut prévoir néanmoins que les dimensions des deux plaies sont à peu près égales dans tous les sens, quand elles ont été produites par un instrument essentiellement piquant. Si les blessures sont faites par un instrument à la fois piquant et tranchant, il peut en être tout autrement. Supposons en effet, un couteau poignard enfoncé dans la région du cou jusque dans l'œsophage ; que l'on décrive à l'aide du manche, un léger arc de cercle, on produira nécessairement une plaie extérieure plus grande que celle que l'on a produite à l'œsophage. Maintenant, si, le couteau une fois enfoncé, on fait exécuter des mouvements à la pointe, on pourra avoir une plaie de l'œsophage plus étendue que la plaie extérieure.

Écartement des lèvres de la plaie.

Cet écartement est mentionné seulement dans 16 cas, parmi lesquels on n'en donne pas toujours la mesure exacte; très souvent on parle de plaie largement béante ou d'ouverture énorme. Cet écartement est en rapport avec la longueur de l'incision extérieure. Dans le cas rapporté par M. Quissac (obs. 32) la plaie extérieure avait 132 mill. d'étendue extérieure, et mesurait 81 mill. d'écartement de ses bords ; on ajoute qu'elle eut put admettre facilement la tête d'un fœtus à terme. Il est évident que si la plaie a une moindre étendue extérieure l'écartement est moins considérable. Dans l'observation 46 la plaie avait 12 cent. de long et 3 cent. d'écartement de ses bords. Cet écartement est aussi en rapport avec la rétraction des muscles sectionnés et la position de la tête. Dans le cas de Garengot (obs. 16) la plaie avait 8 travers de doigt de largeur, les sterno-mastoidiens étaient coupés également ; la tête n'étant plus maintenue en avant se porta tellement en arrière que les deux bouts coupés de la trachée-artère, se trouvaient éloignés de plus de quatre travers de doigt, ce qui rendait la plaie très large comme une grande caverne. Dans le fait rapporté par Poncenard (obs. 97) la plaie avait 10 travers de doigt de largeur, la tête du blessé était repliée en arrière. L'observation 21 montre bien l'influence de la

position de la tête ; lorsque le malade portait la tête en arrière, les deux extrémités des conduits alimentaire et respiratoire s'écartaient tellement qu'on pouvait y introduire le poing.

La direction de la plaie doit aussi influencer l'écartement. Il est évident qu'une plaie longitudinale ou oblique qui sectionne moins de muscles, doit être moins béante qu'une plaie transversale qui sectionne presque tous les muscles antérieurs aux voies aériennes et alimentaires. N'oublions pas non plus parmi les causes d'écartement le renversement en dedans des lèvres de la plaie, comme cela est indiqué dans les observations 34 et 35.

Quand il s'agit de plaies petites, les dimensions de la plaie étant en général peu variables dans tous les sens, l'écartement doit être peu considérable. Il ne nous est indiqué qu'une seule fois (obs. 1) ; la plaie longitudinale mesure 15 millimètres dans son grand axe vertical et 4 millimètres dans son petit axe horizontal.

Organes lésés et hémorrhagie primitive.

Parmi les muscles, nous trouvons : le peaucier, les sterno-mastoïdiens rarement tout-à-fait sectionnés (obs. 26, 37, 60, 74, 97), le plus souvent les muscles sous-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, omo-hyoïdiens.

Les voies respiratoires sont très souvent intéressées en totalité ou en partie. Nous ne possédons qu'un cas où cette lésion n'ait pas eu lieu, c'est dans l'observation curieuse rapportée par Gallicier (obs. 10). Un morceau de bois pointu avait pénétré à la hauteur de l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche et était ressorti vers l'épaule droite sans blesser l'articulation scapulo-humérale. Il est probable que ce morceau de bois a traversé le cou entre la colonne vertébrale et le pharynx, et a blessé celui-ci au passage. Dans plus de la moitié des cas on parle de section complète de la trachée ou du pharynx ; lorsqu'il en est ainsi, les deux extrémités sectionnées se rétractent, l'extrémité supérieure vers le haut, et l'extrémité inférieure vers le bas quelquefois jusqu'au dessous de la poignée du sternum. Une fois on cite un écart de 1 cent. $\frac{1}{2}$ entre les deux bouts de la

trachée (obs. 27), une autre fois (obs. 26) un écartement de plus de 4 travers de doigt. Cette plaie complète des voies aériennes, presque toujours transversale, peut cependant être oblique (obs. 36). Dans un cas (obs. 95) elle s'accompagne d'une perte de substance du cartilage thyroïde ; à l'autopsie on a trouvé ce morceau de cartilage dans la bronche gauche. Lorsque la plaie est incomplète elle est le plus souvent produite par un instrument piquant, le larynx peut se trouver fracturé sans que la muqueuse laryngienne soit lésée (obs. 1) ou divisée en sept ou huit morceaux (obs. 18). La trachée peut être percée de part en part (obs. 2) ou bien avoir une seule ouverture.

Quand la plaie siège au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, l'épiglotte est très souvent sectionnée complètement (obs. 31, 51, 64, 73), ou en partie (obs. 80). Elle peut être simplement séparée de ses attaches comme dans le cas observé par Houston (obs. 87) ; elle était séparée de ses attaches supérieures et latérales, s'était placée sur la glotte et empêchait ainsi l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. Dans un cas de Reid (obs. 74), elle était séparée du larynx et se trouvait refoulée à la base de la langue près de l'os hyoïde.

Les blessures de la portion thoracique de l'œsophage s'accompagnent d'une plaie correspondante de la paroi du thorax, de la plèvre, du poumon, du médiastin (obs. 13, 14, 15, 16, 17).

Les carotides sont rarement atteintes ; dans presque toutes les observations, on dit simplement qu'elles sont mises à nu comme disséquées dans les angles de la plaie. Beaucoup d'auteurs parlent de la lésion de vaisseaux importants sans les désigner ; on ne cite véritablement que deux fois la lésion d'une carotide, dans des observations incomplètement décrites. Dans le cas observé par Purmann (obs. 5) on indique pas de quelle carotide il s'agit ; dans celui de Graf (obs. 92) on parle de la section de la carotide externe.

Les autres artères habituellement intéressées sont la thyroïdienne supérieure et ses branches les laryngées supérieure et inférieure, la thyroïdienne inférieure. Dans le cas de M. le professeur Gross (obs. 1), il a existé une plaie de l'artère vertébrale.

On a trouvé que cette artère portait sur sa paroi postérieure et interne une plaie verticale de 3 millimètres de hauteur permettant l'introduction d'un stylet.

La blessure des veines est plus fréquente que celle des artères ; on trouve ordinairement sectionnées, les veines thyroïdiennes, les jugulaires externes et antérieures. On ne mentionne qu'une fois la blessure de la jugulaire interne (obs. 6) ; la paroi postérieure de cette veine avait une ouverture de deux lignes de diamètre, produite par la pointe d'un couteau poignard.

On ne cite la lésion des nerfs que trois fois. Dans l'obs. 37 de Lamotte, il est question de la section d'un récurrent. Une fois les deux récurrents sont sectionnés (obs. 21). Dans l'obs. 46, on parle d'un nerf laryngé coupé au-dessus des cordes vocales, probablement du nerf laryngé supérieur. Horteloup (1), dans sa thèse, nous parle d'expériences qu'il a faites sur le cadavre pour savoir si les nerfs sont souvent intéressés dans ces sortes de plaies : « dans le cas, dit-il, de section complète de la trachée et de l'œsophage, analogue à celle des suicidés c'est-à-dire portant beaucoup plus sur le côté gauche que sur le droit, nous avons pu nous assurer que le récurrent gauche était en effet totalement tranché, mais que le droit avait été refoulé et avait échappé au couteau, lorsque la lésion ne touchait que la trachée, le récurrent gauche pouvait être intact. » On ne nous parle pas de la lésion des grands nerfs tels que le sympathique et le pneumogastrique ; dans l'obs. 87, il est dit que le nerf vague a été simplement mis à nu. Il est probable qu'à l'exemple des grands vaisseaux, ils sont toujours demeurés intacts. On ne mentionne pas non plus particulièrement les lésions des branches du plexus brachial ou cervical. Cependant le sixième jour de sa blessure, le malade de M. le professeur Gross (obs. 4) se plaignit de douleurs assez vives, partant du creux sus-claviculaire et s'irradiant le long du bras ; ces douleurs étaient lancinantes et paraissaient occuper plus spécialement la région du nerf cubital. Dans l'obs. 74, Ried nous parle aussi d'une paralysie du bras droit qui a disparu après quelques semaines.

(1) Loc. cit.

Ces douleurs dans un cas, et cette paralysie dans l'autre, résultaient-elles de lésions du plexus brachial ? n'étaient-elles pas plutôt les effets d'une compression ou d'une irritation de voisinage ? Dans nos observations, il n'est question qu'une seule fois (obs. 21) de la blessure de la glande thyroïde. Cependant il est probable que cet organe a été intéressé plus souvent, sinon en totalité, du moins en partie. Lorsque la plaie de l'œsophage, se trouve située au niveau du 2^e ou du 3^e anneau de la trachée, c'est-à-dire à l'endroit correspondant à l'isthme de la glande, on a du avoir nécessairement une plaie de cet organe.

Signalons encore parmi les lésions rares, celles de *l'aponévrose prévertébrale* que l'on a rencontrées dans les sections complètes du calibre de l'œsophage (obs. 20, 21, 23, 28, 29, 30), ensuite celles qui sont produites du côté de la colonne vertébrale. Dans l'obs. de M. le professeur Gross, on trouve à l'autopsie que l'instrument vulnérant a produit sur la face antérieure de la sixième vertébrale cervicale une éraillure transversale qui aboutit à l'apophyse transverse de cette vertèbre. Cette apophyse qui forme l'entrée du canal vertébral est fracturée et se laisse détacher facilement. Dans l'obs. 25 on signale la lésion du cartilage interosseux placé entre la 1^{re} et la 2^e vertèbre dorsale. N'oublions pas de dire que dans le cas de Chauvel (obs. 31) on a trouvé le pilier gauche postérieur du voile du palais complètement sectionné, le pilier droit en partie, et l'amygdale totalement divisée.

Voyons maintenant les conséquences des lésions des artères et des veines.

Dans un tiers des cas seulement, on attire notre attention sur l'hémorrhagie. Il est certain qu'elle a été la plupart du temps considérable ; on vit tantôt que le malade était baigné dans son sang (obs 37), tantôt que l'hémorrhagie était très abondante (obs. 19, 20, etc...). Elle est la conséquence de la lésion des vaisseaux ou des organes très vasculaires (glande thyroïde, poumon etc.) dont nous avons parlé plus haut. Plusieurs fois il en résulte une syncope ; ou bien le pouls est très faible, très petit

(obs. 34, 62, 70, 75, 98, 102). Rarement on parle d'une hémorrhagie faible (obs. 49), ou insignifiante (obs. 68).

Le sang en s'écoulant peut pénétrer dans les voies aériennes et provoquer par là des accès de toux et de suffocation ; ou bien il s'infiltré dans le tissu cellulaire et y produit des épanchements sanguins. On peut retrouver du sang dans la plèvre, dans le médiastin le long de la trachée et de l'œsophage, ces deux derniers conduits n'étant séparés que par un groupe de tissu cellulaire très lâche et facile à écarter.

Nous avons recherché si le siège de la plaie avait de l'influence sur l'abondance de l'hémorrhagie. Nous avons trouvé que l'hémorrhagie était moins considérable au niveau de l'espace thyro-hyoïdien que partout ailleurs.

Les plaies de la portion thoracique du canal alimentaire, ne s'accompagnent pas ordinairement d'un écoulement sanguin abondant à l'extérieur, mais elles peuvent occasionner des crachements de sang consécutifs à la blessure du poumon (obs. 12, 16), un épanchement sanguin dans le thorax, soit dans le poumon, soit dans la plèvre ou le médiastin, enfin des vomissements de sang consécutifs à la blessure du canal alimentaire (obs. 17).

Si l'on considère les rapports de l'étendue de la plaie avec l'hémorrhagie, il est certain que dans les plaies petites, dont l'ouverture cutanée, est peu étendue, le sang rencontre souvent un obstacle à sa sortie ; il s'infiltré plus aisément dans les tissus (obs. 4, 6), pour produire des collections sanguines ; ou bien il s'écoule plus facilement dans les voies aériennes. Si le sang sort quelquefois avec abondance comme dans l'obs. 7, il est toujours sans jet ; dans le cas de M. le professeur Gross (obs. 1), il est dit que le sang s'écoulait en bavant.

2° Symptômes fonctionnels.

Nous étudierons successivement les symptômes fournis par l'appareil digestif, par l'appareil respiratoire, et à propos de ce dernier nous ferons l'étude des troubles de la phonation.

Appareil digestif.

A) Plaies larges. — Que le canal alimentaire soit sectionné dans une partie de son calibre ou dans sa totalité, la salive, les aliments liquides ou solides s'écoulent presque toujours à l'extérieur. Il n'existe qu'un cas, où cette sortie des aliments, ou de la salive n'ait pas eu lieu : c'est dans l'obs. 36, due à Chassaignac. Dans ce cas, le rasoir, instrument vulnérant, avait produit une vaste solution de continuité extérieure ; mais il n'avait pas traversé la paroi œsophagienne dans sa totalité ; la tunique musculaire seule était intéressée ; la muqueuse se trouvait respectée. On comprend pourquoi la sortie des liquides avalés n'ait pas pu se faire par la plaie extérieure.

Quand le canal alimentaire n'est pas sectionné dans tout son calibre, la déglutition peut encore se faire d'une façon plus ou moins complète, suivant la position de la tête. Dans un cas cité par Pigraeus (obs. 66), lorsque le malade se trouvait dans le décubitus dorsal, les boissons, qu'il avalait, parvenaient dans l'estomac. Dans un autre de Mursinna (obs. 59), lorsqu'on eut fixé la tête dans l'inclinaison, le malade avala des aliments liquides sans qu'il en sortit par la plaie. Dans celui de Dieffenbach, (obs. 85) les boissons parvenaient en majeure partie dans l'estomac, quand la plaie était fermée par l'inclinaison de la tête ; la même chose existait dans l'observation 103.

Dans les cas de section complète du calibre de l'œsophage, ses deux extrémités, une fois sectionnées se rétractent fortement l'une vers le haut, l'autre vers le bas derrière la trachée ; il semble alors que les liquides avalés doivent toujours sortir en

totalité par la plaie extérieure, que la déglutition en un mot soit impossible. Nous possédons cependant un cas (obs. 22) où, bien que l'œsophage ait été tranché jusqu'aux corps des vertébrés, le malade avalait assez bien les liquides en inclinant la tête en avant.

Les tentatives de déglutition sont nécessairement douloureuses et provoquent souvent des accès de toux ou de suffocation par l'arrivée des liquides au contact des voies aériennes.

Nous trouvons ces symptômes mentionnés dans la plupart de nos observations principalement dans les obs. 27, 40, 60, 82.

B) Plaies petites. — L'écoulement de la salive ou des substances alimentaires, ne se produit pas dans tous les cas. Sur 19 observations, nous en avons 7 dans lesquelles cette sortie n'existe pas (obs. 2, 4, 6, 7, 13, 14, 17); nous pourrions encore ajouter l'obs. 12 de Payen, où l'issue des boissons par la plaie n'eut lieu que le troisième jour. Dans l'obs. 9, le malade parvenait à éviter le passage des boissons par la plaie, en s'inclinant du côté droit. Dans les autres observations, la plaie extérieure donnait issue aux substances avalées.

Il a existé dans tous les cas, une gêne douloureuse de la déglutition. Dans l'observation 13, le moindre essai de déglutition provoquait un sentiment de strangulation vers le milieu du sternum; dans une autre (obs. 17), le malade éprouvait une douleur vive à un pouce au dessus de la plaie, chaque fois qu'il ingérait des boissons; il avait en outre des vomissements de sang, phénomènes que nous n'avons rencontrés que chez lui.

L'arrivée des aliments au contact des voies aériennes n'a pas toujours provoqué de la toux ou des dangers d'asphyxie; dans une observation de Pelletan (9) il est dit que les boissons passaient par la plaie sans provoquer la moindre toux.

Nous possédons deux observations de plaies petites (obs. 2, 14) qui n'ont présenté aucun des symptômes des plaies de l'œsophage que nous venons d'énumérer; aucun signe pendant la vie du malade, n'a pu faire soupçonner ce genre de plaie.

Appareil respiratoire.

Nos observations n'indiquent pas d'une manière suffisante les symptômes présentés du côté des voies respiratoires. Aussi empruntons-nous à Horteloup (1) les détails qui suivent :

A) *Plaies larges.* — « Dès que la plaie est faite, l'air sort avec plus ou moins de violence par la plaie. Dans toutes les observations, on voit que la respiration ne s'effectuait que par là, la portion supérieure de l'arbre aérien ne fonctionnant plus. Il y a cependant à étudier ce qui passe au niveau des bords la solution de continuité, pendant l'inspiration et l'expiration, suivant sa direction et son siège.

Lorsque la plaie de la trachée est de petite dimension, qu'elle soit longitudinale, ou transversale, il n'y a pour ainsi dire pas d'écartement ; pendant l'expiration, l'air sort en éclaboussant, et pendant l'inspiration, il produit ce bruit d'aspiration que tout chirurgien a entendu et qui est si caractéristique.

Quand la plaie du canal à air est d'assez grande dimension, si elle est longitudinale, ses bords n'auront pas une grande tendance à s'écarter, mais l'expiration leur imprimera fortement une forme ovale, et l'inspiration une tendance à rentrer.

Si elle est transversale, l'écartement se fera tout naturellement par la rétractilité des tissus. A ce sujet l'étude des observations donne un résultat que le simple raisonnement aurait suffi à établir, c'est que l'écartement est plus considérable lorsque l'incision siège sur la membrane thyro-hyoïdienne, que lorsqu'elle siège sur la trachée ou sur le larynx.

Dans une section de tout le calibre de la trachée, on voit s'effectuer un mouvement d'élévation et d'abaissement dans le fragment inférieur ; il semble à chaque inspiration vouloir disparaître dans l'intérieur du cou. »

Les voies aériennes une fois sectionnées, le sang qui y pénètre peut amener de la toux, des accès de suffocation (obs. 31, 33, 46)

(1) Loc. cit., p. 42.

et même l'asphyxie, comme cela arrive quelquefois dans la trachéotomie ; l'arrivée des aliments produit aussi le même genre d'accidents, ainsi que nous l'avons vu en parlant de la déglutition. L'asphyxie pourrait aussi être la conséquence de la rétraction du bout inférieur de la trachée ; des lambeaux d'organes sectionnés, des portions de l'épiglotte, de la glande thyroïde (obs. 20), etc. venant obstruer les voies aériennes, conduiraient aux mêmes résultats.

Dans l'obs. 87, l'épiglotte séparée de ses attaches supérieures et latérales, était renversée sur l'ouverture de la glotte, et rendait la mort imminente, en empêchant l'introduction de l'air dans le poumon ; on souleva ce corps et la respiration se rétablit.

Pour terminer, signalons encore comme complication dépendant de la respiration, l'emphysème que nous constatons seulement deux fois (obs. 25, 33).

Dans l'obs. 25 il existe un emphysème du médiastin, des parois de la poitrine, du cou, des paupières droites et du scrotum.

B) Plaies petites. — « Si l'air sort facilement par les blessures larges du conduit laryngo-trachéal, dit Horteloup, il n'en est plus de même dans les plaies petites. Les tissus revenus sur eux-mêmes s'opposent à son passage. Cet obstacle au cours de l'air dans la plaie, s'augmente encore par le défaut de parallélisme établi par les mouvements respiratoires entre la plaie extérieure et celle du conduit laryngo-trachéal. »

Dans toutes les observations, on dit que la respiration est laborieuse, que le malade se trouve dans une angoisse inexprimable (obs. 12), dans une oppression très prononcée (obs. 16). Dans l'obs. 18, il ne pouvait incliner la tête en avant à cause de la difficulté de la respiration. Par contre, mais dans un seul cas (obs. 9), la plaie de la trachée laissait aisément échapper l'air, la respiration ne paraît pas avoir été entravée.

L'arrivée du sang et des aliments dans les voies aériennes, peut encore, comme dans les plaies larges, occasionner de la toux, des accès de suffocation et même l'asphyxie. D'un autre côté, l'air rencontrant un obstacle à sa sortie par la plaie, on

conçoit qu'il puisse s'infiltrer aisément dans le tissu cellulaire et produire par là de l'emphysème sur le pourtour de la plaie.

Nous avons deux exemples de cette complication dans les observations 1 et 13. Cet emphysème peut devenir assez considérable pour comprimer les voies aériennes et amener l'asphyxie. Le sang lui-même, par un mécanisme analogue, pourra en s'infiltrant dans les tissus environnants y produire des épanchements sanguins capables de comprimer les voies aériennes et de gêner ainsi la respiration. Cette hypothèse n'a pas été réalisée dans nos observations.

Etat de la voix.

A) *Plaies larges.* — Dans 21 cas seulement on parle des modifications subies par la voix, et d'une façon incomplète. Quand la blessure occupe l'espace thyro-hyoïdien, le malade ne peut plus parler, mais il peut encore produire de la voix, puisque la glotte est intacte. Dans un cas rapporté par Chauvel (obs. 31), l'émission des sons est facile, mais leur articulation impossible. Dans l'obs. 33 de Chassaignac, il est dit que, quand le malade fait des efforts pour parler, il se produit, au niveau des cordes vocales, un bruit éclatant, métallique, comparable au son félé et un peu affaibli d'une anche de haut-bois.

Quand les plaies siègent au niveau du larynx, la parole peut être conservée, à moins que l'instrument n'ait produit des lésions trop étendues. Dans un cas de plaie située au niveau du cartilage thyroïde (obs. 53), le malade pouvait parler à voix basse en inclinant la tête en avant et en réunissant les bords de la plaie avec sa main. Dans un autre (obs. 67), on trouva d'abord le malade sans voix ; pourtant en lui courbant la tête de façon à rapprocher l'un de l'autre les bords de la blessure, on put l'entendre proférer quelques sons, mais ils étaient incompréhensibles. Dans l'obs. 49, le malade parlait à voix basse. Lorsque la trachée est sectionnée dans une grande étendue la voix doit nécessairement être abolie complètement. En effet, le courant d'air passant entièrement par la plaie ne traverse plus le larynx, et le malade ne peut plus produire aucune parole ni aucun son

(obs. 20). Cependant lorsque les deux extrémités de la trachée sectionnée se rapprochent, il est certain que la parole peut exister ; dans l'obs. 22, il est dit que le malade parlait à voix basse quand il inclinait la tête en avant.

Lorsque la trachée est sectionnée dans tout son calibre, les deux extrémités s'éloignant fortement l'une de l'autre, la voix sera abolie complètement.

La simple flexion de la tête ne suffira pas, en effet, pour ramener les deux extrémités du canal aérien en contact l'une avec l'autre ; il faudra les rapprocher par la suture.

Si on recherche les modifications subies par la voix, lorsqu'il existe une lésion des nerfs récurrents ; on ne trouve qu'un seul cas où il en soit fait mention. Dans cette observation on dit : « Le blessé articulait bien les paroles, mais le récurrent qui passe par dessous la crosse de l'aorte et remonte le long de la trachée-artère, entre elle et l'œsophage, s'était aussi trouvé coupé ; ce blessé resta si incommodé qu'il fallait pour l'entendre approcher l'oreille tout près de la bouche.

Si les deux récurrents sont sectionnés, il est certain que la production de la voix n'est plus possible : « aussi est-il probable, dit Horteloup, que dans les faits de plaies transversales complètes de la trachée et de l'œsophage, où le rapprochement des lèvres de l'incision a permis de produire des paroles distinctes, il était arrivé ce que j'ai trouvé dans mes recherches sur le cadavre, la lésion d'un seul nerf récurrent, le droit, par sa position anatomique, échappant avec assez de facilité à l'action de l'instrument. »

B) Plaies petites. — Nous ne possédons que deux cas où il soit question de modification de la voix (obs. 1, 5). Dans l'obs. 1, la phonation est rendue difficile, le timbre de la voix est altéré. Dans l'obs. 5, le malade se trouve dans l'impossibilité de parler. Il est probable qu'en général la voix ne doit pas subir de grandes altérations ; car les plaies étant de petites dimensions, le courant d'air qui est destiné à produire un son articulé, ne passe qu'en faible partie par la plaie extérieure, et pour ce motif ne doit pas perdre beaucoup de son intensité.

III. MARCHE

Voyons d'abord les symptômes spéciaux aux plaies petites et aux plaies larges, puis nous parlerons des symptômes communs aux deux catégories de plaies.

A) Plaies petites. — La plaie produite par la lame d'un couteau ou un instrument piquant quelconque a, la plupart du temps, une direction plus ou moins oblique, et le trajet profond correspond plus ou moins exactement à l'ouverture cutanée, ces conditions amènent la stagnation dans la profondeur de la plaie des liquides de sécrétion, et d'une portion plus ou moins considérable des boissons et des matières alimentaires qu'on essaye parfois de faire avaler au malade. Or la rétention du pus d'une part, la présence de corps irritants d'autre part dans ces plaies, sont des causes plus que suffisantes pour expliquer les phlegmons profonds qui surviennent souvent dans ces conditions. Une autre cause, qui parfois vient encore s'ajouter aux précédentes, est la présence de foyers sanguins interstitiels dans le cas où l'un des gros vaisseaux profonds a été lésé.

Nous connaissons la gravité des phlegmons profonds du cou, quelque'en soit l'origine ; la résistance des téguments s'oppose à un moment donné au développement du gonflement inflammatoire, et il se produit alors une compression parfois très considérable des canaux aériens et alimentaires. L'œsophage étant comprimé, l'alimentation par la bouche devient par le fait impossible et l'on doit momentanément pourvoir à l'alimentation du malade par la voie rectale. Mais ce qui fait surtout la gravité de ces phlegmons et préoccupe avant tout le chirurgien, c'est le danger d'asphyxie ; aussi dans ces cas on se voit forcé de pratiquer la trachéotomie.

Dans certains cas où le gonflement est moins considérable, il peut se former des abcès qui mettent un retard à la cicatrisation, et parfois aussi fusent plus ou moins loin dans la poitrine le long des tuyaux aériens ou alimentaires et provoquent des désordres assez graves. Ces fusées se produiront également quand la plaie siègera sur la portion thoracique de l'œsophage, et là on aura à redouter en plus l'invasion d'une pleurésie purulente.

Parmi nos plaies petites, on ne signale qu'un seul cas de phlegmon qui a duré trois jours sans donner lieu à des fusées purulentes. Si l'on se basait sur ce seul fait, on pourrait admettre la rareté de cet accident dans les plaies petites, mais les observations sont trop peu nombreuses pour arriver à cette conclusion, et théoriquement on est amené à penser le contraire, pour les raisons que nous avons données ci-dessus.

B) Plaies larges. — On conçoit que dans les plaies larges le gonflement phlegmoneux du cou soit moins à craindre ; ici une vaste porte est ouverte aux liquides irritants pour s'écouler à l'extérieur.

Sur 84 plaies larges, ce genre d'accidents est signalé sept fois (obs. 25, 33, 48, 52, 55, 70, 71). Dans l'observation 33, on trouve à l'autopsie qu'il existe des fusées purulentes entre la lame moyenne et la lame profonde de l'aponévrose cervicale, autour de la moitié supérieure des muscles de cette région.

Mais si les dangers de compression de dehors en dedans ont disparu, il reste encore à craindre le danger d'obstruction des canaux aériens et alimentaires par infiltration de la couche sous-muqueuse de leur tunique interne. Dans un cas cité par Waitz (obs. 23), il s'est produit un gonflement de l'entrée du larynx qui a nécessité la trachéotomie.

Les symptômes communs aux deux catégories de plaies se manifestent soit au niveau même de la plaie, soit à distance. L'inflammation, dans certains cas, a été de mauvaise nature.

Tantôt (obs. 22) il est dit que la plaie prit un aspect gangréneux, ou, comme dans l'observation de Martin (obs. 39), que la plaie exhalait une odeur cadavérique, que sa surface présen-

tait des chairs blafardes et mortifiées. Une fois (obs. 49) on signale une suppuration fétide.

Dans un autre cas (obs. 1), il est dit qu'à l'entrée du malade à l'hôpital, la plaie avait un aspect blafard, qu'elle ne présentait aucune tendance au bourgeonnement, qu'elle était recouverte d'un pus sanieux et fétide ; deux jours après seulement la plaie a pris un meilleur aspect, l'écoulement du pus a un peu augmenté.

Parmi les accidents à distance, nous trouvons des lésions du côté des organes respiratoires, tels que la bronchite, la pleurésie et la pneumonie.

Dans le groupe des plaies larges la pneumonie a eu lieu six fois (obs. 20, 23, 49, 64, 93, 103) la pleurésie une fois (obs. 33). Parmi les plaies petites la bronchite a existé une fois (obs. 1), la pleurésie quatre fois (obs. 2, 13, 14, 15). Cette dernière est toujours le résultat de l'arrivée des liquides, ou des aliments dans la cavité pleurale. Dans l'observation 2, il est dit que les boissons ingérées avaient fusé par la plaie de la paroi postérieure de l'œsophage dans le tissu cellulaire qui l'entoure jusqu'à la partie inférieure du médiastin postérieur, que la lame gauche du médiastin laceré avait laissé pénétrer les boissons dans la cavité correspondante de la plèvre qui était elle-même le siège d'une inflammation gangréneuse.

Il nous reste à dire quelques mots des symptômes généraux communs à tous les genres de plaies. Dans les plaies larges nous trouvons l'érysipèle deux fois (obs. 21, 87) l'infection purulente dans un seul cas (obs. 52). Parmi les plaies petites, il existe un cas de septicémie (obs. 1) dont le point de départ a été la fracture de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale. Dans l'observation 6, une infection purulente consécutive à la phlébite de la jugulaire interne.

Signalons encore l'hémorrhagie secondaire ; elle se produit quatre fois dans les plaies larges (obs. 32, 38, 61, 75). Dans l'observation 61, elle a lieu le vingt-cinquième jour, consécutivement à un violent accès de toux ; dans un autre cas (75) elle est provoquée par l'introduction de la sonde œsophagienne. Dans le

groupe des plaies petites, cet accident n'est signalé qu'une fois (obs. 1); il est alors la conséquence d'une lésion de l'artère vertébrale.

Dans certaines observations se rapportant à des plaies petites et à des plaies larges, la fièvre est indiquée; celle-ci est signalée dans un tiers des cas où elle est en rapport soit avec l'inflammation soit avec une complication. Il s'est présenté dans certains cas une soif intense qui est indiquée deux fois dans les plaies petites (obs. 15, 17) et 8 fois dans les plaies larges (obs. 34, 35, 48, 55, 59, 62, 71, 103). Enfin dans le groupe des plaies petites on a encore observé le hoquet (obs. 1, 4, 15) et des symptômes analogues à ceux de certains cholériques (obs. 17) grand abattement, face bleuâtre, pouls à peine sensible, mouvements du cœur mous et tumultueux, vomissements, suppression des urines.



IV. TERMINAISONS ET PRONOSTIC

Nous venons de nous occuper de la marche et des complications des plaies de l'œsophage, nous allons maintenant les étudier au point de vue de leur gravité et de leurs terminaisons.

Sur 103 observations, on compte 27 cas de mort, dont 6 parmi les plaies petites et 21 parmi les plaies larges.

La mort a eu lieu 27 fois :

Par pleurésie, 4 fois : plaies larges, 2 fois (obs. 23, 33) ; plaies petites, 2 fois (obs. 2, 14).

Pneumonie, 3 fois : plaies larges, (obs. 20, 23, 95).

Hémorrhagie, 5 fois : plaies larges, 3 fois (obs. 28, 61, 92) ; plaies petites, 2 fois (obs. 1, 15).

Asphyxie, 2 fois : plaies larges, 1 fois (obs. 13) ; plaies petites, 1 fois (obs. 98).

Erysipèle, 1 fois : plaies larges, (obs. 87).

Pyohémie, 2 fois : plaies larges, 1 fois (obs. 52) ; plaies petites, 1 fois (obs. 6).

Par épuisement 10 fois seulement parmi les plaies larges (obs. 22, 31, 37, 38, 40, 68, 71, 91, 96, 103). Nous appelons mort par épuisement, celle qui est le résultat de plusieurs causes réunies, telles que l'insuffisance de l'alimentation, la perte de sang, la faiblesse du malade.

La guérison a été complète 53 fois ; 42 fois parmi les plaies larges, 11 fois parmi les plaies petites.

Si l'on recherche la durée de la guérison ; on trouve qu'elle est indiquée 8 fois dans le groupe des plaies petites, pour lesquelles il a fallu en moyenne 37 jours, 42 fois parmi les plaies larges, qui ont été guéries en moyenne le 27^e jour. Ces dernières guérissent donc plus vite que les plaies petites ; 6

d'entre elles sont particulièrement remarquables à ce sujet, car :

1 fois la guérison s'opère le 9^e jour (obs. 63).

2 fois le 10^e jour (obs. 29, 72).

1 fois le 11^e jour (obs. 27).

2 fois le 14^e jour (obs. 82, 90).

La guérison a été incomplète dans 23 cas, parmi lesquels, il reste soit des fistules, soit un rétrécissement, soit des troubles du côté de la voix et de la respiration.

1° La guérison avec fistule, a eu lieu 16 fois ; 15 fois parmi les plaies larges ; 1 fois parmi les plaies petites (obs. 11).

7 fois au niveau de l'espace thyro-hyoïdien (obs. 51, 54, 60, 64, 73, 74, 75).

5 fois les fistules sont trachéennes (obs. 11, 29, 38, 57, 66).

Il en existe une parmi les plaies petites (obs. 11).

Quatre fois il reste des fistules œsophagiennes (obs. 24, 30, 63, 93) ; dans un cas (obs. 21), la fistule n'intéresse que le canal alimentaire ; dans les trois autres cas, il en existe deux, une aux voies aériennes, et une à l'œsophage. On n'en rencontre aucune dans les plaies petites.

2° La guérison suivie de rétrécissement de l'œsophage n'est indiquée qu'une fois (obs. 21), et parmi les plaies larges.

Mais elle a dû exister plus souvent ; les malades dont parlent nos observations ont sans doute été perdus de vue à la suite de leur guérison et on est resté sans renseignement sur leur santé ultérieure.

3° La voix a été complètement perdue une fois (obs. 3) à la suite d'une plaie petite ; trois fois elle a subi des modifications dans le groupe des plaies larges (obs. 32, 48, 90).

4° Enfin, du côté des voies aériennes, il peut survenir des troubles dus à la cicatrisation. Dans l'observation 27, de Dolbeau, l'orifice inférieur du bout supérieur de la trachée sectionnée, s'est complètement fermé par une cicatrice résistante, et la respiration s'est faite à l'aide d'une canule introduite dans le bout inférieur.

Voyons maintenant comment les cas de mort, de guérison

complète ou incomplète, se répartissent d'après l'étendue de la plaie et son siège.

A) Plaie large. — Considérées dans leur ensemble, ces plaies, au nombre de 84, comptent 63 guérisons et 21 morts, c'est-à-dire 25 p. 0/0 de mortalité. Sur le 63 guérisons, 21 sont incomplètes, dont 17 avec fistules, et 3 avec modification du côté de la voix.

L'étendue de la blessure œsophagienne influe sur le pronostic. 9 plaies, parmi lesquelles l'œsophage est sectionné en totalité, comptent 5 morts, c'est-à-dire une mortalité de 55,5 p. 0/0. 13 parmi lesquelles la paroi postérieure reste seule intacte, contiennent 6 morts, c'est-à-dire une mortalité de 47,3 p. 0/0.

Le siège de la plaie influe aussi sur le pronostic. Sur 27 blessures situées au niveau de l'espace thyro-hyoïdien, nous comptons 6 morts, c'est-à-dire une mortalité de 18,9 p. 0/0.

Sur 21 située au niveau cartilage thyroïde, il existe 9 morts, c'est-à-dire une mortalité de 44,6 p. 0/0.

Sur 12 situées au niveau du cartilage cricoïde, on compte 2 morts, c'est-à-dire une mortalité de 16,6 p. 0/0.

Sur 14 au niveau de la trachée, 5 morts, c'est-à-dire une mortalité de 23,6 p. 0/0.

Ces plaies offrent donc une gravité assez considérable, et quand elles guérissent, elles laissent des infirmités dans une proportion de 28,9 p. 0/0.

B) Plaies petites. — Elles comptent 6 morts sur 19, c'est-à-dire une mortalité de 31,5 p. 0/0.

La gravité varie aussi avec le siège comme pour les plaies larges. Sur 5 plaies situées au niveau de la portion thoracique de l'œsophage, nous trouvons 3 morts, c'est-à-dire 40 p. 0/0 de mortalité.

Sur 14 situées au niveau de la portion cervicale, nous comptons 3 morts, c'est-à-dire 21,4 p. 0/0 de mortalité, et 11 guérisons dont 2 sont incomplètes, 1 avec fistule, et l'autre avec perte de la voix.

Ces plaies petites sont donc très graves, principalement lorsqu'elles intéressent la portion thoracique de l'œsophage.

Comme nous l'avons vu par les chiffres, leur mortalité est plus forte que celle des plaies larges ; en revanche, elles laissent moins d'infirmités à la suite de la guérison que les précédentes.

Cette gravité des plaies de l'œsophage pourra peut-être diminuer sous l'influence des pansements antiseptiques, qui donnent aujourd'hui des succès bien supérieurs à ceux d'autrefois.



V. DIAGNOSTIC

Lorsqu'il s'agit d'une plaie large, il est généralement facile de reconnaître la lésion de l'œsophage ; dans la majorité des cas, la vue seule permet à l'observateur de se rendre compte immédiatement de l'étendue des lésions, sans qu'il lui soit nécessaire de rechercher la sortie des aliments par la plaie. Parmi les plaies larges, nous ne possédons que deux cas (obs. 48, 90), où le diagnostic a offert quelque doute au premier abord ; la plaie remplie de caillots sanguins masquait la lésion de l'œsophage que l'on put seulement constater en enlevant ces caillots ou en faisant avaler des liquides au malade.

Si on a quelqu'incertitude sur la lésion, il est toujours facile de rechercher la sortie des aliments par la plaie. Cependant, si la paroi œsophagienne n'est pas intéressée dans toute son épaisseur, si par exemple, il n'existe qu'une division de la tunique musculaire, la muqueuse étant demeurée intacte, les liquides avalés ne s'écouleront point au dehors. Alors, le chirurgien n'aura, comme moyens de diagnostic, que l'examen direct de la lésion.

Lorsque la plaie est petite, le diagnostic peut présenter quelques difficultés. La lésion de l'œsophage ne pouvant être aperçue à cause des faibles dimensions de la plaie extérieure, on peut considérer la sortie des aliments solides ou liquides par cette dernière plaie, comme le signe le plus certain. Malheureusement, nous ne possédons pas ce dernier symptôme dans tous les cas (obs. 2, 4, 6, 7, 13, 14, 17). Si on parcourt les observations 2 et 14, on voit qu'aucun signe pendant la vie n'a pu faire soupçonner la lésion de l'œsophage, qui a été seulement constatée à l'autopsie.

Dans un autre cas (obs. 16) où il existait une plaie de la portion thoracique de l'œsophage, les liquides alimentaires s'étaient épanchés dans la cavité pleurale sans s'écouler au dehors ; on pratiqua la paracentèse thoracique pour diminuer l'épanchement, et on retira une grande quantité de sérosité mélangée à du lait, ce qui permit seulement de reconnaître la lésion de l'œsophage.

Dans une autre observation (obs. 12) ce fut seulement le troisième jour que l'on observa la sortie des liquides avalés ; pour acquérir une certitude complète, on administra au malade des potions huileuses et mucilagineuses diversement colorées, et on vit que ces substances venaient mouiller les compresses sans être dénaturées.

A défaut de la sortie des aliments par la plaie extérieure, on pourra néanmoins songer à une lésion de l'œsophage, toutes les fois qu'il existera soit un hoquet continu (obs. 45) soit du sang dans les matières vomies (obs. 17) ou bien lorsque le malade pendant la déglutition accusera une douleur très vive sur le trajet du canal alimentaire.



VI. TRAITEMENT

A) *Plaies larges.* — La plaie réclame en premier lieu les soins ordinaires de toutes les blessures ; si l'hémorragie existe, on doit la combattre par les moyens ordinaires, froid, ligature, etc.

En second lieu, comme il peut survenir des menaces d'asphyxie par suite des lésions concomitantes des voies aériennes, il faut lutter contre ces accidents. Pour remplir le dernier but on débarrassera les voies aériennes du sang qui aura pu s'y introduire ; on maintiendra la plaie extérieure largement ouverte pendant que le malade fera des efforts d'expectoration, et si ce moyen ne suffit pas, on cherchera à enlever le sang par l'aspiration. Si la difficulté de la respiration tient à la chute d'un lambeau d'organe sectionné, à la chute de l'épiglotte séparée de ses attaches comme dans l'obs. 87, on devra enlever ces corps qui obstruent les voies aériennes, sinon il faudra pratiquer la trachéotomie. Lorsque l'épiglotte sera complètement détachée, il sera préférable de suturer cette organe au cartilage thyroïde, comme cela a été pratiqué dans deux cas (obs. 73, 87). Enfin, quand la trachée, complètement divisée, se rétractera dans la profondeur du cou, il pourra être nécessaire d'accrocher le bout inférieur et d'y introduire une canule.

Suture. — Une fois l'hémorrhagie arrêtée et toute crainte d'asphyxie éloignée, que faut-il faire ? Ici se pose la question de la suture. Doit-on réunir la plaie ou simplement rapprocher ses bords à l'aide d'une position favorable.

Voyons tout d'abord si les faits que nous avons observés nous permettent d'arriver à une solution exacte de la question. Examinons les cas où la suture a été faite, et comparons les à ceux où elle n'a pas été faite.

Pour cela nous divisons nos cas en trois catégories, suivant la hauteur à laquelle siège la plaie du tube alimentaire : 1° plaies au niveau de la région thyro-hyoïdienne ; 2° plaies au niveau du larynx ; 3° plaies au-dessous du larynx.

Nous possédons 27 cas de plaies de la région thyro-hyoïdienne ; il est fait mention de la suture 14 fois, 3 fois on a suturé l'os hyoïde au cartilage thyroïde et on a saturé simultanément la plaie cutanée. Dans les 12 autres cas on s'est contenté de faire la suture de la peau ; dans les 13 cas restants il n'est pas question de la suture.

La suture a cédé 7 fois sur les 14 cas où elle a été pratiquée ; 3 fois sans cause indiquée (obs. 35, 74, 83), une fois pendant un accès violent de toux (obs. 81), une autre fois dans un mouvement de déglutition (obs. 51). Dans l'observation 33, les fils ont coupé la peau tendue par une infiltration de pus, et sectionné le cartilage thyroïde ; dans l'observation 34, le chirurgien a enlevé lui-même les fils, le gonflement inflammatoire lui faisant craindre une section de la peau.

Sur 14 cas où la suture a été pratiquée il y a 2 morts, c'est-à-dire 14,2 p. 0/0 de mortalité. Sur les 13 cas où elle n'a pas été faite, il y a deux morts, c'est-à-dire 15,3 p. 0/0 de mortalité.

2° Plaies siégeant au niveau des cartilages cricoïde et thyroïde. Dans ce groupe de 31 plaies, la suture a été pratiquée 22 fois. 11 fois on a fait la suture des conduits alimentaires ou aériens divisés, 5 fois celle des téguments seuls, une fois celle des téguments et des conduits, une fois enfin on a fait celle de l'œsophage seul.

4 fois la suture a cédé : une fois par le fait du malade qui a arraché son pansement (obs. 50), une fois dans un accès de toux (obs. 49), une fois par tension trop grande des fils (obs. 96). Dans l'observation 39, le premier chirurgien qui vit le blessé avait posé quelques points de suture ; le chirurgien suivant jugea à propos de les enlever.

Sur les 22 cas où la suture a été faite, il y a eu 7 morts, c'est-à-dire 31,8 p. 0/0 de mortalité.

Sur les 9 cas où la suture n'a pas été faite il y a 2 morts ; c'est-à-dire 22,2 p. 0/0.

3° Plaies situées au-dessous du larynx. Ce groupe de 12 plaies en comprend 5 avec suture. On a fait la suture : une fois de la trachée seule (obs. 25), une fois de l'œsophage seul (obs. 21), une fois des téguments (obs. 59), une fois de la trachée et de l'œsophage (obs. 100), une fois enfin des téguments, des 2 conduits alimentaire et aérien (obs. 61).

2 fois la suture cède, sans cause indiquée dans l'obs. 59. Le malade arrache lui-même les fils dans l'obs. 61.

Sur les 5 cas où la suture a été pratiquée, il y a eu 2 morts, c'est-à-dire 40 p. 0/0 de mortalité.

Dans les 7 cas où on n'a pas fait la suture, il y a eu 2 morts, c'est-à-dire 28 p. 0/0 de mortalité.

Si nous nous résumons, nous voyons qu'au niveau de l'espace thyro-hyoidien les cas dans lesquels on n'a pas fait la suture donnent la mortalité la plus considérable, et qu'au niveau du larynx et au-dessous le contraire a lieu.

En présence de ces résultats, que devons-nous conclure ? Pour arriver à une solution précise, quelle qu'elle soit, il nous faudrait des indications qui nous manquent. Les observations dans lesquelles il est question de la suture sont trop peu nombreuses ; celles que nous avons pu recueillir sont toutes beaucoup trop sobres de détails sur la façon dont on a fait cette suture. Dans beaucoup on indique simplement la partie, œsophage, peau, sur laquelle a porté la suture sans dire comment on a opéré cette suture. On n'indique pas toujours le nombre de points de suture qui ont été appliqués sur la plaie, à quelle époque ils ont été appliqués, si les bords de la blessure ont été exactement affrontés. On n'indique pas non plus toujours si la suture a réussi ou si les fils ont cédé ; dans le premier cas, a-t-on enlevé les fils ? Quel jour les a-t-on enlevés ? Dans le second cas pourquoi et comment les fils ont-ils cédé ? Ces éléments essentiels d'appréciation nous manquant, nous ne tirons de nos faits aucune conclusion pour ou contre la suture.

Quoiqu'il en soit on ne doit pas réunir la plaie des téguments. Suture cette plaie serait se mettre dans les conditions d'une plaie petite, c'est-à-dire supprimer l'orifice extérieur ou le rendre très étroit de façon à empêcher la sortie des liquides qui viennent

des parties profondes ; on risquerait ainsi de voir se produire des abcès, des fusées purulentes. Quant à la plaie du conduit alimentaire, la réunira-t-on ? En recherchant ce qui se passe dans les plaies chirurgicales, c'est-à-dire dans l'œsophagotomie externe, on trouve que la suture de l'œsophage a été pratiquée d'abord par Cheever et Cook (1). La suture employée par ces chirurgiens dans le cas d'œsophagotomie, avait compris toute l'épaisseur des tuniques du conduit alimentaire elle céda au bout de quelques jours. Un peu plus tard, Casin de Boulogne (2) suivant les préceptes recommandés par Terrier, ne sutura que la tunique muqueuse, et son opération réussit. Cette idée de ne suturer que la muqueuse dans le cas d'œsophagotomie, avait été le résultat des expériences de Colin sur les animaux : « Si on applique la suture sur les deux tuniques, dit le professeur Colin, on éprouve de très grandes difficultés, l'œsophage se contracte à tout instant ; il se produit des efforts de vomissement, la lumière du canal se resserre beaucoup, et bientôt les fils coupent les bords de la membrane musculieuse. La suppuration s'établit et les dentelures produites par les fils retardent la cicatrisation.

Des phénomènes à peu près analogues se manifestent, si la suture est seulement appliquée à la tunique charnue. Reste donc la suture de la muqueuse seule ; c'est le procédé le plus facile et c'est celui qui donne les meilleurs résultats. »

Ne pourrait-on pas tenter cette suture de la muqueuse seule dans les plaies accidentelles de l'œsophage comme cela a été fait dans les plaies chirurgicales ?

Comment s'y prendra-t-on, au cas où l'on s'y décide ?

Les surfaces muqueuses ne peuvent se souder entre elles, nous devons pour obtenir la réunion de la plaie mettre en contact la face profonde de la muqueuse de chaque bout du conduit œsophagien divisé, en renversant en dedans les bords de la solution de continuité. La tunique musculaire de l'œsophage

(1) (Terrier. — Thèse de Paris 1870).

(2) *Bulletin de l'académie de médecine.*

étant séparée de la muqueuse par un tissu cellulaire très lâche, cette dernière peut facilement glisser sur la première et l'on peut sans effort amener au contact les deux lèvres de la plaie.

Dans le cas de plaie, n'intéressant qu'une partie du calibre de l'œsophage, on renversera en dedans la muqueuse du bout inférieur et celle du bout supérieur ; on juxtaposera leur face profonde et on les maintiendra réunies par la suture *du peltetier*, ou la suture employée par Jobert (de Lamballe), dans le cas de plaie incomplète de l'intestin.

Si l'œsophage est sectionné complètement, on tâchera dans ce cas, aussi de rapprocher les deux bouts de la muqueuse et l'on appliquera de préférence un mode de suture calqué sur celui employé par Gély, pour les plaies de l'intestin ; la suture de Jobert (plaies complètes), et la suture de Lembert pourraient aussi trouver leur emploi, mais la réunion serait moins solide qu'avec la suture de Gely.

Quant au choix de l'aiguille et du fil, chaque chirurgien s'en rapportera un peu à ses préférences personnelles.

On appliquera ensuite un pansement antiseptique, en ayant soin de ne pas comprimer, en un mot, on prendra toutes les précautions nécessaires au traitement des plaies du cou. Pour éviter la tension des points de suture, on fera bien aussi de maintenir la tête fléchie en avant, au moyen d'un bandage approprié ; on recommandera également au malade de conserver un repos complet et de faire le moins de mouvements de déglutition possible.

Si malgré toutes les précautions qu'on aura prises, la suture ne réussit pas, elle ne peut offrir aucun inconvénient, car la plaie cutanée n'étant pas fermée, les liquides pourront toujours s'écouler à l'extérieur.

Alimentation. — Après la question de la suture, il en est une autre non moins importante qui se présente à l'esprit du chirurgien, c'est celle de l'alimentation et de la sonde œsophagienne à demeure.

Sur 84 cas de plaies larges, 41 seulement nous parlent de l'alimentation du malade. Celle-ci a été pratiquée 25 fois à l'aide de la sonde, 7 fois à l'aide de lavements seuls, 7 fois par la

bouche en permettant au malade d'avaler des aliments. Dans 2 cas seulement on n'employa, dit-on, ni sonde ni lavements ; le malade a été soumis à la diète.

L'introduction de la sonde a déterminé souvent des accidents, tantôt des mouvements de déglutition exagérés (obs. 29, 31, 47), tantôt de la toux et des vomissements (obs. 53, 62), tantôt des hémorrhagies (obs. 71, 75), des accès de suffocation (77, 80) ; quelquefois l'introduction de l'instrument est si douloureuse que le malade la refuse (obs. 83, 90). Dans 3 cas seulement, on parle de sonde à demeure ; une fois elle a été supportée pendant un mois (obs. 30) ; 1 fois pendant 4 jours, après avoir été introduite par le nez (obs. 20) ; une autre fois pendant un temps qui n'est pas indiqué.

Rarement on fait mention de la voie par laquelle a lieu l'introduction de la sonde. On parle d'introduction par la bouche seulement dans 4 cas (obs. 33, 63, 75, 96) ; 2 fois (obs. 33, 63), elle paraît avoir été assez bien tolérée ; une fois (obs. 75), l'introduction par cette voie produit des hémorrhagies et des vomissements, on l'introduit alors par la narine gauche, et on la laisse à demeure ; le troisième jour on l'introduit par l'autre narine, et ainsi de suite.

2 fois on parle d'introduction par le nez (obs. 20, 75) ; elle paraît avoir été assez bien supportée. 7 fois la sonde a été introduite par la plaie (obs. 21, 29, 37, 40, 55, 84, 97) ; dans 3 cas (obs. 37, 40, 97), il s'agit de l'introduction d'un entonnoir muni d'un tube recourbé. 2 fois seulement l'introduction par cette voie a été pénible ; dans l'observation 29, elle n'a d'abord pas été possible, parce qu'elle provoquait des mouvements de déglutition, plus tard elle a réussi ; dans l'observation 55, il a fallu y renoncer, parce qu'elle provoquait de la toux et des vomissements.

On a employé quelquefois les lavements en même temps que la sonde. Ils ont été employés seuls 7 fois, et on ne dit pas si la faim du malade a été apaisée (obs. 59, 70, 102, 76, 40, 53, 48) par ce moyen d'alimentation.

Dans les deux cas où on n'a employé ni sonde ni lavements, (obs. 56, 61), on n'a rien prescrit qu'un peu d'eau pour humecter

la langue, mais on ne rapporte pas la façon dont le malade a supporté cet état de diète.

On peut voir d'après ces détails que l'alimentation du malade n'a pas toujours été facile. Néanmoins, il faut alimenter ; il est impossible de soumettre le malade à une diète tout à fait absolue pendant longtemps, surtout lorsqu'il s'agit de plaies dont la guérison se fait quelquefois attendre plus d'un mois. Comme il est nécessaire d'interdire autant que possible tout mouvement de déglutition pour obtenir la réunion de la plaie, on supprimera l'alimentation ordinaire par la bouche. On soutiendra les forces du malade à l'aide de lavements nutritifs ; si ce dernier mode d'alimentation n'est pas suffisant, il faut employer la sonde œsophagienne. Celle-ci sera introduite soit par la bouche, soit par le nez, suivant que son introduction sera plus ou moins facile par l'une ou l'autre voie. L'introduction par la plaie, pouvant retarder le travail de cicatrisation, ne sera praticable qu'à la dernière ressource, c'est-à-dire lorsqu'il existera des dangers immédiats d'inanition. Jamais on ne laissera la sonde à demeure, car elle serait peut-être une source d'irritation pour la plaie par son contact continuel ; de plus, serait-elle supportée facilement ? On devra donc sonder chaque fois qu'on alimentera le malade, et cette opération sera pratiquée par une personne expérimentée. Lorsque la cicatrisation semblera assez avancée, il sera permis au malade d'avaler quelques aliments liquides. On n'essayera la déglutition des aliments solides que quand la cicatrice sera jugée assez forte pour ne pas se rompre.

Après avoir alimenté le malade, il reste encore à combattre certains accidents qui peuvent survenir pendant la marche des plaies. S'il survient des phénomènes d'asphyxie pendant la période inflammatoire, on doit faire la trachéotomie s'il s'agit d'une plaie du larynx, et introduire une canule directement dans la trachée, quand la plaie a porté sur ce conduit.

S'il survient une hémorrhagie secondaire, on ira directement à la recherche du vaisseau qui est la source de l'hémorrhagie.

Si l'étendue de la plaie extérieure est généralement assez grande pour permettre de lier certains vaisseaux ou d'en prati-

quer la torsion. Si malgré ces moyens l'hémorrhagie persistait, il faudrait songer à pratiquer une opération plus grave telle que la ligature de la carotide primitive.

Après la guérison de la plaie on peut encore avoir à traiter des fistules et des rétrécissements. Quand il s'agit d'un rétrécissement de l'œsophage, on doit avoir recours aux moyens employés en pareilles circonstances, c'est-à-dire en premier lieu à la dilatation progressive, en second lieu à l'œsaphogotomie externe si la dilatation est restée sans effets. Quand le malade n'est pas perdu de vue après la guérison, il est possible de prévenir ce rétrécissement en pratiquant le catéthérisme de temps à autre.

S'il s'agit d'une fistule œsophagienne, on doit tenter tout d'abord son oblitération à l'aide des moyens ordinaires d'injections irritantes, cautérisations. Quand ces tentatives seront restées sans effet, on pourra, comme l'a fait Hueter (obs. 63) renverser les bords de la muqueuse œsophagienne vers l'intérieur, et fermer la fistule par la superposition d'un lambeau de peau.

B) Plaies petites. — De même que pour les plaies larges, il s'agit d'abord d'arrêter l'hémorrhagie si elle existe. Si la plaie extérieure est assez étendue pour permettre d'apercevoir les vaisseaux lésés et de les saisir, on devra lier ces derniers où les tordre. Quand ces opérations seront impossibles à cause des faibles dimensions de la plaie extérieure, comme dernière ressource on augmentera l'étendue de cette plaie pour permettre de lier les vaisseaux intéressés, ou bien on pourra songer à pratiquer la ligature de la carotide primitive? Pour combattre les menaces d'asphyxie, on se conduira comme nous l'avons indiqué dans les plaies larges, c'est-à-dire qu'on débarrassera les voies aériennes du sang et des organes qui obstruent leurs conduits; au besoin on introduira une canule dans la trachée; quand la plaie extérieure ne sera pas assez étendue pour permettre de pratiquer ces différentes opérations, on fera la trachéotomie.

Suture. — Dans les plaies petites il n'est pas possible de tenter la suture, du moins sur l'œsophage, parce que ce conduit

échappe à la vue du chirurgien. Toute suture de la plaie extérieure est à rejeter comme dans les plaies larges. Ici en effet l'ouverture étant déjà très étroite, et gênant déjà trop l'écoulement des liquides, ne ferait par là que favoriser la production des collections sanguines des fusées purulentes et de l'emphysème.

Lorsque l'hémorrhagie est arrêtée et que le libre cours de la respiration est assuré, on applique sur la plaie un pansement antiseptique. A l'aide d'un bandage approprié on immobilisera la tête dans la rectitude, lorsque la plaie sera de petite dimension ou qu'elle sera longitudinale, et dans la flexion si les lèvres de la blessure ont une direction transversale et ont de la tendance à s'écarter.

Lorsque l'inflammation deviendra trop intense on aura recours aux antiphlogistiques. Si elle devient assez intense pour gêner l'entrée de l'air dans les voies aériennes, on pratiquera la trachéotomie. Lorsqu'à la suite de cette inflammation il se sera produit des abcès, des collections purulentes, il faudra pratiquer des incisions afin de faciliter l'écoulement du pus. Ces incisions devront être faites avec prudence afin de ne léser aucun organe important.

Alimentation. — Sur 19 observations de plaies petites, nous en possédons 12 dans lesquelles on parle de l'alimentation du malade. On s'est servi trois fois de la sonde œsophagienne ; dans deux cas (obs. 1 et 18), son introduction a provoqué des accès de suffocation, dans une autre (obs. 2), on dit qu'elle a été impossible, sans en indiquer la raison ; on a employé alors les lavements alimentaires.

4 fois (obs. 4, 12, 13, 17) on soumet le malade à une diète absolue. 3 fois (obs. 2, 9, 14) on laisse prendre au malade des aliments par la bouche ; dans un de ces cas (obs. 9), les boissons passent par la plaie sans exciter la toux et la guérison s'opère le 15^e jour ; dans les deux autres cas (obs. 2, 14), l'alimentation a lieu par la bouche parce qu'on n'a pas soupçonné la lésion de l'œsophage. Dans toutes les autres observations il n'est pas question de l'alimentation.

Ces cas trop peu nombreux que nous avons à notre disposition, ne nous permettent pas de prôner spécialement tel ou tel mode d'alimentation. Aussi comme pour les plaies larges, nous en serons réduits à donner des indications générales :

On soutiendra le malade par des lavements nutritifs ; on cherchera à tromper sa soif en humectant sa bouche à l'aide de la glace. Si la faim devient vive on aura recours au catéthérisme en suivant les règles que nous avons indiquées à propos des plaies larges. L'emploi de la sonde sera encore plus nécessaire que pour les plaies larges ; en raison des faibles dimensions de la plaie extérieure on aura plus à redouter l'infiltration des aliments dans les tissus du cou.

Avant de terminer le traitement des plaies petites nous devons encore nous occuper de la façon dont il faut combattre certains accidents graves telles que les hémorrhagies secondaires. S'il se produit une telle complication, quelle devra être la conduite du chirurgien ? Nous pouvons nous reporter à l'observation 1 de M. le professeur Gross et nous verrons combien cette question est embarrassante. Ici la compresssion suffira-t-elle à arrêter l'hémorrhagie ? D'un autre côté, s'il faut employer la ligature, la plaie extérieure étant très étroite, devra-t-on l'étendre par une incision pour aller lier le vaisseau qui est la source de l'hémorrhagie ? ou bien faut-il tenter la ligature de la carotide primitive, et sur quelle carotide doit-on pratiquer cette opération ?



DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

1^{er} GROUPE (plaies petites).

1. (Inédite). Hôpital Saint-Léon de Nancy, service de M. Gross. — *Plaie pénétrante de l'œsophage, compliquée de plaie de l'artère vertébrale droite.* Observation recueillie par M. Jacquinet, interne du service.

ANTÉCÉDENTS. — Le dimanche 11 décembre 1881, P. Hauer, journalier, âgé de 30 ans, au milieu d'une rixe, reçut un coup de couteau dans la région médiane du cou. La blessure ne provoqua aucun accès de suffocation, elle s'accompagna seulement d'une petite hémorrhagie. Le sang qui s'écoulait en bavant et non par jets, put, au bout de quelque temps, être arrêté par un tamponnement à l'amadou.

Le lendemain, le blessé fut visité par un médecin qui sonda la plaie (le stylet put être enfoncé jusqu'à une profondeur de 7 cent.), et constata l'écoulement par la plaie, de la salive et des liquides avalés. Prescription de lait et de bouillon. Interdiction des aliments solides.

Depuis ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, le malade ne présentait d'autres symptômes, qu'une gêne douloureuse de la déglutition et une légère toux sèche et fréquente. Une partie des liquides avalés s'écoulait toujours par la plaie qui dans les derniers jours a donné aussi issue à du pus. Etat général apyrétique.

ETAT ACTUEL. — 16 décembre. La plaie occupe la partie moyenne de la région cervicale antérieure. Elle est située au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde et à 4 millimètres à gauche de la ligne médiane; la distance qui la sépare du bord supérieur de la clavicule est de 2 centimètres. La situation de la plaie correspond donc à la membrane cricothyroïdienne et au cartilage cricoïde. Elle a la forme d'un ovoïde allongé, dont le grand axe vertical mesure 15 millimètres et le petit axe horizontal 4 millimètres. Elle a un aspect blafard, on n'y découvre aucune trace de bourgeonnement; elle est recouverte d'un pus sanieux fétide.

Le pourtour de la plaie est le siège d'un léger emphysème occupant à peu près la place d'une pièce de 5 francs en argent; les parties environnantes du

cou soit un peu tuméfiées, montrent une légère rougeur diffuse, paraissent chaudes au toucher et présentent l'empâtement caractéristique du phlegmon. Une petite sonde en gomme, introduite par l'ouverture, s'enfonce de 7 à 8 centimètres dans une direction oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans. Cette exploration n'est pas douloureuse et ne donne lieu à aucun écoulement de sang, à aucun accès de suffocation.

La plaie donne issue à 2 sortes de liquides : 1° à un liquide purulent, produit du phlegmon ambiant ; 2° à un liquide particulier mêlé aux boissons et exhalant une odeur aigre, rappelant celle des vomissements. L'écoulement du liquide purulent est intermittent, et se fait surtout pendant les efforts de la toux ; il est alors accompagné d'un certain nombre de bulles gazeuses. L'écoulement du liquide alimentaire coïncide généralement avec la déglutition du lait ou de la salive. La déglutition est pénible et douloureuse. Le malade a une légère difficulté de respirer, et la phonation est rendue difficile et pénible ; le timbre de la voix est altéré. Une toux sèche très-fréquente, fait craindre quelque complication du côté de la trachée ; à l'auscultation on entend quelques rhonchus au niveau des grosses bronches.

Etat général apyrétique.

Le blessé présente en outre plusieurs petites plaies sans importance : *a*) au niveau de l'arcade sourcilière gauche ; *b*) au niveau de la 9^e côte gauche sur la ligne axillaire ; *c*) à la partie antérieure du pouce gauche.

PRESCRIPTION. — On proscriit toute boisson (le lait y compris) et on permet seulement au malade de sucer des fragments de glace.

Application tout autour de la plaie de quelques pointes de feu ; pansement au coton salicylé. Quatre lavements de bouillon.

17 décembre. Même aspect de la plaie. Disparition de l'emphysème. Le malade se plaint de douleurs assez vives, partant du creux sus-claviculaire et s'irradiant le long du bras. Ces douleurs sont lancinantes et paraissent occuper plus spécialement la région du nerf cubital. Le malade paraissant très-affaibli par la privation d'aliments, on se décide à lui faire prendre du lait par la sonde œsophagienne. L'introduction de la sonde occasionne un accès de suffocation ; on introduit dans l'estomac 1/2 litre de lait pur.

Le soir 1/2 litre de lait est encore introduit par la sonde œsophagienne. 4 lavements de bouillon dans la journée. Le malade se trouve mieux, il se plaint seulement d'un point de côté à gauche. Sinapisme.

18 décembre. Le phlegmon du cou a considérablement diminué ; la plaie a meilleur aspect ; l'écoulement de pus a un peu augmentée. Un litre de lait est introduit par la sonde œsophagienne ; à l'auscultation râles aux deux bases, surtout à gauche, pas de bruit de souffle ; à la percussion sonorité normale à droite ; à gauche, à la base, diminution de la sonorité. Sinapismes. — Etat général : mouvement fébrile très léger. Température 37° le matin ; 37°5 le soir.

Le soir, un litre de lait est introduit par la sonde œsophagienne. Continuation des lavements de bouillon.

19 décembre. Bon état de la plaie et disparition à peu près complète du phlegmon. L'écoulement purulent est assez abondant et toujours accompagné de bulles gazeuses, au moment de la toux. Pansement avec coton salicylé. Un litre de lait est administré par la sonde œsophagienne.

A l'auscultation, on trouve cette fois, outre les râles déjà signalés, un bruit de souffle à la base gauche ; à la percussion, diminution de la sonorité à la base gauche. Vésicatoire.

Le soir, un litre de lait par la sonde œsophagienne. Lavement de bouillon.

Température : 37° le matin ; 37°,6 le soir ; pouls : 92 et 100.

20 décembre. Même état de la plaie. Administration d'un litre de lait par la sonde œsophagienne.

Auscultation : le souffle a diminué, persistance des râles.

Le soir : nouvelle introduction d'un litre de lait.

21 décembre. La plaie ne donne plus écoulement à du pus phlegmoneux, mais à un muco pus, dont le malade rend une certaine quantité par la bouche.

Auscultation : souffle à la base gauche.

Le soir : lait par la sonde œsophagienne.

Température : 36°,8 le matin ; 37°,5 le soir ; pouls : 80 et 96.

22 décembre. Même état de la plaie : râles secs et humides aux deux bases. Souffle à gauche.

Température : 36°,8 et 37° ; pouls : 84 et 96.

Trois lavements de bouillon. Administration de lait deux fois par jour par la sonde œsophagienne.

23 décembre. Lorsqu'on retire la sonde, il s'écoule toujours encore un peu de lait par la plaie. La fistule œsophagienne persiste.

Température : 36°,8 et 37°,6 ; pouls : 88 et 100.

24 décembre. On constate du sang sur le pansement, et quand le malade tousse ou fait un effort, il s'écoule de la plaie un peu de sang rouge. On prescrit le repos le plus absolu et de la glace en application locale et à l'intérieur. Même état de la poitrine.

Température : matin, 37° ; soir, 38°,6 ; pouls : 96 et 116.

Le soir, vers 6 heures, le blessé a rendu environ un litre de sang par la bouche. L'ouverture de quelque vaisseau important est induite. M. Gross songe à la blessure de l'artère thyroïdienne et discute la question de savoir s'il faut pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive droite. L'hémorrhagie étant de nouveau arrêtée, on remet l'intervention au lendemain, avec recommandation à l'interne de garde de pratiquer la compression et de prévenir sur le champ, décidé de pratiquer l'opération dans la nuit si l'hémorrhagie se reproduit. Celle-ci ne s'est pas reproduite

dans la nuit ; mais, vers 1 heure du matin, il est survenu du hoquet qui a persisté jusqu'à 8 heures du matin, heure à laquelle le malade a succombé. Peu d'instants avant la mort, le malade a rendu par la bouche un verre de sang environ.

AUTOPSIE. — A la partie antérieure du cou, dans la région sous-hyoïdienne du côté gauche, vers la partie moyenne du bord antérieur et interne du muscle sterno-mastoïdien de ce côté, entre ce muscle et la membrane crico-thyroïdienne, est une ouverture fistuleuse ovale, mesurant 12 millimètres de hauteur, et 8 millimètres transversalement. Par cette plaie, s'écoule spontanément et à la pression, sur les parties environnantes, une sanie purulente et fortement teintée de sang. Le stylet introduit par l'ouverture se dirige de gauche à droite, d'avant en arrière et un peu de bas en haut, et pénètre à 7 centimètres de profondeur. La peau disséquée, on constate que la veine jugulaire externe intacte est à 1 centimètre 1/2 en dehors de la plaie ; puis, sous le muscle sterno-hyoïdien, on tombe dans la cavité d'un abcès renfermant du sang mélangé à du pus, cavité qui s'étend verticalement depuis la racine du sterno-hyoïdien jusqu'à ses insertions supérieures, et transversalement depuis la ligne médiane du cou jusqu'au bord externe du sterno-thyroïdien. A la partie postéro-supérieure de la cavité, est la continuation du trajet fistuleux, sous forme d'ouverture large comme le petit doigt et située un peu au-dessus de l'ouverture cutanée, au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde. Le stylet introduit à ce moment dans la fistule suit un trajet oblique en arrière et presque transversal et va heurter contre la colonne vertébrale dénudée.

En détachant en masse les organes (larynx et œsophage) situés en avant de la colonne vertébrale, on constate que le trajet fistuleux passe entre l'œsophage et la colonne vertébrale, et s'est arrêté au niveau de l'apophyse transverse de la 6^e vertèbre cervicale droite.

Sur ce trajet on note les lésions suivantes : du côté du larynx, le cartilage thyroïde a été fracturé à gauche, mais la muqueuse laryngienne est intacte. Cette muqueuse, sur sa face laryngienne est simplement colorée en bleu foncé et en vert, traces de l'ecchymose péri-laryngienne ; la cavité du larynx ne communique pas avec le foyer traumatique.

Sur la paroi postérieure de l'œsophage, est une plaie intéressant toutes les tuniques de ce conduit, et qui mesure verticalement 12 millimètres de diamètre et transversalement 9 millimètres ; cette plaie communique avec le foyer traumatique situé à droite.

L'instrument vulnérant a produit sur la face antérieure de la 6^e vertèbre cervicale une éraillure transversale qui aboutit à l'apophyse transverse de cette vertèbre. Cette apophyse qui forme l'entrée du canal vertébral est fracturée et se laisse détacher très facilement ; l'esquille est nécrosée ; on voit alors l'artère vertébrale à nu à son entrée dans le canal et, sur sa paroi

postérieure et interne une plaie verticale de 3 millimètres de hauteur. Cette ouverture permet d'introduire un stylet dans la cavité de l'artère. Les caractères de cette plaie permettent de rejeter l'hypothèse d'une ulcération secondaire par l'esquille osseuse.

La dissection de la carotide droite, montre que ce vaisseau est intact, une petite branche de la thyroïdienne supérieure se perd dans la partie supérieure du foyer. La thyroïdienne inférieure droite est intacte. Derrière les scalènes droits, est un tissu enflammé et infiltré de sang entourant le foyer purulent et englobant dans son épaisseur les racines nerveuses du plexus brachial droit.

A l'ouverture de la cage thoracique, on voit qu'une légère ecchymose partant du foyer traumatique a filé le long de l'œsophage et de la trachée, et a fusé dans le médiastin antérieur jusqu'au péricarde.

Pas de liquide dans la plèvre ; la cavité pleurale droite est normale, mais à gauche, à la partie inférieure de la partie postéro-externe de la plèvre, sur une étendue de 10 centimètres à peu près, en tous sens, est une ecchymose sous-pleurale de forme circulaire avec une tache ecchymotique plus marquée au milieu et en rapport avec une petite plaie extérieure, située au niveau de la 9^e côte. La plèvre, sur toute l'étendue de l'ecchymose, est comme veloutée et recouverte d'une légère fausse membrane. Cependant il n'y a pas d'adhérences avec le poumon, et la cavité pleurale nullement perforée ne communique pas avec la plaie extérieure.

La trachée et les grosses bronches sont remplies d'un sang en partie liquide, en partie coagulé ; tout le lobe inférieur du poumon gauche est fortement congestionné, mais crépite encore ; sur la surface de ce lobe sont disséminés trois ou quatre petits abcès superficiels de la grosseur d'un pois. Tous les autres organes sont sains.

2. (CRUVEILHIER).—Une jeune fille de 18 ans fut apportée en 1850 dans le service de Dupuytren. Elle présentait à la partie antérieure du cou, immédiatement au-dessus du sternum, une petite solution de continuité de 3 à 4 millim. Elle nous raconta qu'abandonnée par un homme qu'elle aimait, elle avait voulu attenter à ses jours, et qu'elle s'était enfoncée un canif dans la région du cou. Cette plaie était exempte de tout accident. On la crut superficielle ; on supposa même que la jeune fille avait feint de se tuer. Cependant au bout de 5 ou 6 jours, un mouvement fébrile se prononça avec redoublement le soir. La jeune fille maigrit, fut prise de toux ; des sueurs nocturnes se produisirent. Elle mourut le 30^e jour à la manière des phthisiques arrivés au dernier degré de consommation.

Autopsie. — On trouva que l'instrument vulnérant qu'elle nous avait dit avoir enfoncé de toute la longueur de la lame, avait perforé non seulement la trachée mais encore l'œsophage de part en part ; que la plaie des parois adossées à ces deux conduits était cicatrisée, mais que la plaie de la paroi postérieure de l'œsophage était restée béante et que les boissons

ingérées avaient fusé par cette plaie dans le tissu cellulaire qui l'entoure jusqu'à la partie inférieure du médiastin postérieur ; que la lame gauche du médiastin lacéré avait laissé pénétrer les boissons dans la cavité correspondante de la plèvre qui était elle-même le siège d'une inflammation gangreneuse.

(CRUVEILHIER, *Traite d'anatomie path. générale*. Paris, 1849. t. I, p. 69).

3. (CANELLA). — Une femme reçut plusieurs coups de serpette dans le cou. L'un d'eux pénétra dans la trachée à la hauteur du cartilage cricoïde et fit une telle ouverture à l'œsophage qu'on pouvait y introduire l'extrémité du doigt. Canella fit la suture de la plaie extérieure, et inclina la tête en avant en appuyant le menton sur la poitrine. L'introduction de la sonde œsophagienne ayant été impossible, on alimenta la malade par des lavements et par les quelques aliments qui purent être avalés sans sortir par la plaie. Des liquides écoulés dans les voies aériennes provoquèrent des dangers d'asphyxie. Guérison au bout de deux mois avec perte de la voix.

(*Magazin der ausl. Litteratur*, B. D. 23, S. 142).

4. (RAVATON). — « Un soldat du régiment de Piémont reçut nuitamment un coup d'épée qui avait son entrée au côté droit du col, et point de sortie. L'hémorrhagie qui suivit fut légère, il se fit sous les téguments une infiltration de sang assez considérable. Je le pansai en premier appareil avec l'emplâtre diachillum gommé, et comme il était plein de vin, qu'il faisait froid, que le pouls était concentré, j'attendis au lendemain pour employer les autres secours. Je le vis de bonne heure, il avait craché beaucoup de sang, mêlé de salive pendant la nuit. Il avalait difficilement et avec douleur, était tourmenté du hoquet et d'inquiétude. Le pouls était plein et fort agité ; je lui fis faire trois saignées du bras avant midi, vider le ventre ; je lui conseillai de gargariser souvent avec du lait tiède, et de prendre de loin en loin une potion composée de quatre onces d'huile d'amande douce et d'une once et demie de sirop de violettes. Je fis mettre des compresses trempées d'eau-de-vie camphrée sur le col pour résoudre le sang infiltré. Par cette méthode variée, le blessé fut parfaitement guéri. »

(RAVATON *Chir. d'armée*, p. 469).

5. (PURMANN). — En 1674, un écuyer reçut un coup de sabre d'un sous-officier impérial. Le sabre pénétra dans le cou un travers de doigt au-dessus de la 4^{re} vertèbre dorsale. La carotide avait été lésée en même temps que le conduit alimentaire. Il se produisit une abondante hémorrhagie ; le malade se trouvait dans l'impossibilité de parler, et le sang qui avait pénétré abondamment dans les voies respiratoires et alimentaires provoquait à tout instant des accès de toux suffoquants. J'arrêtai l'hémorrhagie avec soin. Ce malade fut guéri, à mon grand étonnement, uniquement par des substances siccatives et vulnérables.

(LORBEKRANZ, Halberstadt, 1684, S. 52).

6. (TACHERON). — Une femme de 51 ans, reçut le 23 novembre 1836 plusieurs coups de poignard dans le cou. 1^o plaie profonde à gauche sur le bord du sterno-mastoïdien ; 2^o plaie à droite, mais superficielle ; 3^o sur le côté droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule provoquée probablement par un épanchement sanguin.

Respiration difficile. L'air sort par l'une des plaies. Vomissement d'un sang noir. Syncope. Mort le 16^e jour.

Autopsie. — La première plaie allait transversalement de gauche à droite, rasant la paroi antérieure de la carotide gauche, atteignait la membrane thyro-hyoïdienne et formait dans celle-ci une perforation arrondie d'un diamètre de 3 à 4 lignes. Au côté droit du cou se trouvait un épanchement sanguin. Derrière la carotide et la jugulaire interne de ce côté se trouvait l'extrémité borgne de la fistule. La paroi postérieure de la jugulaire avait une ouverture de 2 lignes de diamètre. La partie moyenne de la fistule se trouvait entre le pharynx et la colonne vertébrale. C'était donc par là qu'avait pénétré l'arme sans faire d'autre ouverture au pharynx que celle de la membrane thyro-hyoïdienne. Elle avait donc pénétré au-devant de la carotide droite, puis derrière le pharynx et les plus gros vaisseaux du côté droit jusqu'à la jugulaire interne qu'elle avait blessée. Inflammation de ce dernier vaisseau. Résorption. Pleurésie. Mort.

(SCHMIDT'S, *Jarhrb.* Bd S. 58).

7. (PURMANN). — Frédéric Schlutze, de Bautzen, âgé de 25 ans, reçut le 18 août 1689, à travers le cou, un coup d'épée qui pénétra à droite en blessant une des ramifications de la jugulaire et de plus la trachée et l'œsophage, puis ressortit du côté gauche. Respiration et déglutition très pénibles. L'hémorrhagie ne cédant ni aux moyens d'hémostase ordinaire, ni au fer rouge, on fit la ligature médiate. Peu à peu un tissu résistant cicatriza la plaie et la guérison se fit en 4 semaines.

(*Curiose chirurg. geschichten*, 1710).

8. (BILLROTH). — Lésion de l'œsophage par un coup de poignard dans une tentative de suicide. Sortie par la plaie des liquides avalés, cessant au 8^e jour. Guérison.

(*Archiv. für Klin chir.*, Bd X, S. 156).

9. (PELLETAN). — Un jeune savoyard, reçut un coup de couteau au-devant de la gorge, à une assez grande profondeur pour atteindre l'œsophage qui fut ouvert. Le blessé transporté à l'Hôtel-Dieu n'éprouva pas d'accidents graves ; les boissons passaient par la plaie, mais en petite quantité, et sans exciter la toux. Le malade parvenait même à éviter ce passage en s'inclinant à droite pendant qu'il buvait. La plaie de la trachée laissait aisément échapper l'air, le sang et les mucosités. Bref, on ne peut guère voir une plaie de ce genre entraîner moins de gravité ; cependant elle fut six semaines à se cicatriser, quoique les boissons eussent cessé de sortir

par la plaie dès le 15^e jour. Ce jeune homme guérit ; mais n'étant pas encore sorti de son lit, reçut la visite d'un commissaire qui venait lui confronter son assassin. Il se leva avec promptitude et émotion, et tomba mort à trois pas de son lit. On ne s'avisait d'aucun moyen pour le rappeler à la vie.

Autopsie. — Rétrécissement notable, avec gonflement de la membrane muqueuse vis-à-vis la plaie cicatrisée de la trachée-artère. Aucune autre lésion intérieure. La cicatrice de l'œsophage était adhérente et confondue avec celle des parties molles environnantes.

(*Clinique chirurgicale de Pelletan*, t. I, p. 38).

10. GALLIAER rend compte d'une blessure très intéressante. Un morceau de bois pointu, une vergue de moulin, de 0,70 de longueur et 0,02 d'épaisseur avait pénétré à la hauteur de l'angle de la mâchoire du côté gauche, et était sorti vers l'épaule droite, sans blesser l'articulation. Il s'était probablement dirigé entre la colonne vertébrale et le pharynx, et avait blessé celui-ci au passage. Le premier jour les liquides avalés sortaient par la plaie gauche. La déglutition très pénible pendant quatre jours s'accomplit mieux le 8^e jour. La guérison était complète le 17^e jour.

(*Gaz. des hôpitaux*, p. 131, 1863).

11. Domestique de 29 ans. Plaie longitudinale de la région du cou. Non-seulement la paroi antérieure du larynx, les cartilages cricoïde et thyroïde étaient coupés complètement dans leur longueur, mais la plaie s'étendait aussi sur la paroi postérieure du larynx, et l'œsophage était lui-même coupé. Toutes les plaies étaient guéries au bout de trois mois ; seulement au milieu de la cicatrice étoilée de la région du larynx, il existait un orifice cutané communiquant avec une fistule de la trachée.

(CASPER-LIMANN, I. B., S. 347).

12. (PAYEN). — Un employé des contributions indirectes, âgé de 23 ans, d'un tempérament robuste, reçut à la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine, un coup de baïonnette. Il fit, en fuyant devant son ennemi, plus d'une demi-lieue pour arriver à son domicile et n'éprouva dans ce trajet aucune douleur, mais bientôt quelques accès de toux provoquèrent des crachements de sang. M. Payen le trouva dans une angoisse inexprimable, couché sur le côté droit ; respiration laborieuse, douleur vive dans tout le côté droit de la poitrine, se propageant jusqu'à la hanche ; pouls élevé, fréquent ; très-vives douleurs dans les mouvements. Plaie anguleuse à quatre lignes du sternum, entre la troisième et la quatrième côte.

Très peu de sang sortit par la plaie, mais à chaque expiration, l'air sortait violemment. Plusieurs saignées. Pansement simple. La plaie donna, le troisième jour, issue aux boissons. Pour en acquérir une certitude complète on administra au malade des potions huileuses et mucilagineuses diversement colorées, et on vit que toutes ces substances venaient mouiller les compresses sans être dénaturées. Diète absolue de boissons et d'ali-

ments, qui fut continuée pendant plusieurs jours. Après avoir éprouvé divers accidents, fièvre, crachement de pus et de sang, le malade guérit après plusieurs mois.

(BOYER, t. VII, p. 279).

13. Un soldat suisse, de la garde royale, reçut un coup d'épée à la partie supérieure droite de la poitrine. L'arme avait passé entre les cartilages de la première et de la deuxième côte, traversé le poumon et l'œsophage. Hémorrhagie et emphysème; douleur vive; soif ardente; la plus légère déglutition s'accompagnait de sentiment de strangulation à l'entrée de la poitrine vers le milieu du sternum. Douleurs déchirantes dans l'estomac, augmentant par la pression à l'épigastre. Saignées, diète absolue. Au huitième jour, la plaie de poitrine était fermée. On permit au malade de boire un peu. Mais ce malheureux, tourmenté par la faim, mangea de la viande et du pain par si gros morceaux qu'il suffoqua.

A l'autopsie, la cavité gauche de la poitrine est pleine d'un liquide rougeâtre, déprimant en bas le péricarde et le cœur; pleurésie; congestion pulmonaire; le liquide épanché, parut un mélange d'eau et de vin, avec quelques parcelles alimentaires. La cavité droite contenait un demi-litre de sérosité sanguinolente. Lobe supérieur du poumon traversé par l'épée adhérent à la plèvre costale. Œsophage portant en deux points diamétralement opposés une cicatrice linéaire et une ouverture par où les aliments avaient pénétré dans le thorax.

(LARREY, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 152).

14. Une femme fut transportée à l'Hôtel-Dieu pour une plaie profonde faite par un couteau, au-dessus de la clavicule du côté gauche. Elle succomba au septième jour. A l'autopsie on fut très étonné de trouver tout le côté gauche de la poitrine rempli de boissons, et même d'une certaine quantité d'aliments que la malade avait pris malgré la défense qui lui en avait été faite. Le tout était mêlé à une certaine quantité de pus. Une large plaie existait à la portion thoracique de l'œsophage; les aliments et les boissons n'étaient pas sortis par la plaie, et aucun signe pendant la vie n'avait fait soupçonner la lésion de l'œsophage.

(DUPUYTREN, *Armes de guerre*, t. II, p. 334).

15. Un militaire, qui avait reçu un coup de sabre entre la cinquième et sixième côte, mourut au bout de 36 heures. Il se plaignait de soif violente. Hoquet continu. Les boissons s'écoulaient par la plaie.

A l'autopsie, sang dans la poitrine; poumon droit traversé. Œsophage divisé aux deux tiers.

(ETIENNE, Thèse de Paris, 1806.)

16. (HOFFMANN). — Il rapporte un cas, où un instrument piquant pénétra entre la troisième et la quatrième côte et blessa l'œsophage. Le poumon fut aussi blessé en même temps, car le malade crachait du sang. Il y eut

des symptômes d'épanchement dans la plèvre, qui s'accrochèrent si rapidement pendant seize jours, qu'on dût faire la thoracentèse. Il sortit de la cavité pleurale une grande quantité d'un liquide sanguinolent, ce qui procura un grand soulagement. Le même jour on dut rouvrir la plaie ; il en sortit une grande quantité de sérosité mêlée à du lait, symptôme qui indiqua la blessure de l'œsophage. Après une diète de quatre jours, le malade absorba de nouveau des liquides, sans qu'il en sortit par la plaie : on en conclut à la fermeture de la plaie de l'œsophage. La plaie extérieure ne guérit point et laissa écouler une grande quantité de pus.

La mort eut lieu 7 mois après par phthisie. La guérison de la plaie de l'œsophage était si complète, que l'on put à peine y reconnaître une cicatrice.

(LANGENBECK, *Nosologie und therapie, etc.* Gœtt, 1830, B. D. W. S. 449.)

17. (LESAUVAGE). — Le caporal Duponchel, âgé de 34 ans, reçut en duel, le 11 octobre 1834, un coup de fleuret qui traversa la poitrine près du bord droit du sternum, au-dessous de la troisième côte. Le fleuret avait dû pénétrer à une profondeur de six pouces, être dirigé un peu à gauche et en bas, et conséquemment pénétrer au milieu des principaux vaisseaux de la poitrine. Le malade paraissait près d'expirer ; le corps était généralement froid, la figure offrait un grand état d'abattement et était bleuâtre ; le pouls à peine sensible à gauche, était à peu près effacé à droite ; les mouvements du cœur étaient mous et tumultueux comme chez certains cholériques. La poitrine présentait dans tous les points une sorte de matité qui fit soupçonner un épanchement ; l'oppression était très prononcée, et je regardai l'état du malade comme désespéré. Cependant il conservait sa présence d'esprit ; il était tourmenté par un besoin d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire ; il demandait fréquemment à boire, et parce qu'il avait très soif, et parce qu'il espérait, comme il l'a dit, favoriser à l'aide des boissons l'écoulement des urines. Vers quatre heures de l'après-midi, le pouls s'éleva un peu, la poitrine parut plus libre et la matité moins forte ; alors l'élève de garde fit une application de vingt sangsues autour de la plaie, et par suite la respiration devint plus facile. Dans la nuit le malade éprouva plusieurs vomissements liquides et glaireux ; ils continuèrent jusqu'à dix heures du matin ; ils étaient en partie composés de boissons qui avaient été prises avec trop peu de réserve, et on remarqua qu'ils contenaient beaucoup de sang. Cette circonstance fit connaître que l'œsophage avait été atteint par l'instrument, et ce qui vint confirmer le diagnostic, c'est que le malade éprouvait une douleur assez vive, à un pouce au-dessous de la plaie, chaque fois qu'il ingérait ses boissons. Le reste de la journée fut calme ; il y eut seulement un peu de fièvre vers six heures du soir. Le 13, le pouls était élevé et offrait une certaine résistance, la respiration était beaucoup plus libre ; la figure n'était plus altérée, et avait perdu sa couleur cyanosée ; les urines commencèrent à paraître. Je prescrivis une sai-

gnée et le malade se trouva tellement bien que dans l'après-midi on lui accorda un peu de soupe maigre qui ne réveilla pas plus fortement la douleur produite par le passage des boissons. L'amélioration a continué les jours suivants. Le 18, le malade était en pleine convalescence, et il put quitter son lit, mais depuis il y a été retenu par une douleur assez vive qui occupait toute la partie postérieure de la jambe droite.

(LESAUVAGE, *Archives générales*, P. 1833, t. III, p. 437.)

18. (FINE). — Un homme dans le délire s'était donné un coup de canif dans la partie supérieure des voies aériennes, il avait retourné l'instrument dans toutes les directions. Le cartilage thyroïde était divisé en sept ou huit morceaux, et dans l'œsophage se trouvait une ouverture dont la forme ressemblait à celle d'une larme renversée et qui pouvait avoir 4 lignes de largeur et 6 de longueur. Fortes hémorrhagies à plusieurs reprises. Application de compresses sur la plaie. Sortie des aliments avalés à travers la plaie. On ne pouvait incliner la tête en avant à cause de la difficulté de la respiration. Alimentation par des lavements ; une sonde introduite le troisième jour provoqua un tel accès de toux que l'on dut y renoncer après plusieurs tentatives. Le malade avait coutume de se laver constamment la bouche avec de l'eau fraîche et d'en avaler, de telle sorte que la compresse appliquée sur la plaie était constamment humide. Quand il ne faisait pas cette opération, les mucosités s'aggloméraient en grande quantité dans la bouche et dans le cou, entravaient la respiration et provoquaient de forts accès de toux. Du huitième au onzième jour, quelques morceaux du cartilage thyroïde tombèrent. Le malade n'eut pas de fièvre et put avaler un peu d'épinards. Le treizième jour, le malade mangeait sans difficulté des œufs légèrement cuits. Le dix-huitième jour, la plaie de l'œsophage était à peine sensible ; le trente-sixième jour, les deux plaies étaient presque fermées. Quelques jours après, il y eut des accès de toux en buvant, sans doute que quelques gouttes de liquide avaient pénétré par la plaie de l'œsophage qui paraissait se fermer plus lentement.

(*Journal de méd. chir. et pharm.*, avril 1790).

19. (FIELITZ). — Un hypocondriaque se donna deux coups de canif dans le cou, se fit une première plaie transversale traversant le cartilage thyroïde et l'œsophage, une seconde plaie s'étendant d'un des angles de la mâchoire à l'autre. Immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde, il y avait une perforation des voies aériennes qui conduisait jusqu'à l'arrière-bouche. Hémorrhagie abondante. La partie inférieure des voies aériennes s'était rétractée au-dessous de la fourchette du sternum ; on la retira au moyen d'un crochet, et on la réunit par quelques points de suture à l'extrémité supérieure. On maintint la tête inclinée en avant. Alimentation par des lavements. Le peu de liquide que le malade put avaler sortit pendant dix jours par la plaie et provoqua de la toux. On le fit coucher

sur le côté pour empêcher le pus de s'écouler dans la trachée. Le malade eut un nouvel accès d'hypocondrie dans la troisième semaine, et pendant huit jours on dut le lier avec des chaînes. Néanmoins, la guérison eut lieu la septième semaine. (Le malade s'était encore fait une plaie au-dessus du sternum et plus de cent blessures par instruments piquants). Fièvre le troisième jour, en rapport avec un abcès de la paroi abdominale.

(*Richter's chirurgische Bibliothek*, B D. VIII).

2^e GROUPE (plaies larges).

20. (DUPUYTREN). — Bertrand se fit, avec un rasoir, une plaie au cou d'une étendue de 4 à 5 pouces ; elle était limitée, de chaque côté, par les muscles sterno-mastoïdiens inégalement coupés ; les carotides étaient mises à nu et intactes ; au fond de la plaie se voyaient la colonne vertébrale et les muscles prévertébraux ; supérieurement on voyait le larynx et le pharynx, de même à la lèvre inférieure ; la plaie avait porté sur le cartilage thyroïde. L'hémorrhagie, qui avait été considérable, s'était arrêtée complètement ; perte de la voix, la respiration ne se faisait plus que par la plaie. En passant le doigt dans la partie supérieure du larynx, le malade fut pris de toux ; on vit sortir une grande quantité de mucosités sanglantes ; une sonde fut passée par le nez dans le pharynx ; mais l'introduction dans le bout inférieur fut assez pénible.

Suture du cartilage thyroïde ; pansement avec une simple compresse assujettie à une bande ; tête fléchie sur la poitrine. Le troisième jour, l'inflammation se développa ; la respiration devint difficile, et le malade succomba le quatrième jour.

Autopsie. — La trachée était divisée, suivant sa longueur, dans une étendue de 1 pouce 1/2, les deux poumons étaient enflammés.

(DUPUYTREN, *Armes de guerre*, t. II, p. 290).

21. (HENSCHEN). — Tentative de suicide d'un paysan âgé de 43 ans. L'hémorrhagie assez faible qui s'ensuivit fut bientôt arrêtée. La plaie s'étendait entre les deux sterno-mastoïdiens et atteignit l'aponévrose prévertébrale, qui était également coupée. Immédiatement au-dessous des cordes vocales, elle traversait le cartilage cricoïde ; son tronçon supérieur s'était rétracté en haut vers le larynx, le tronçon inférieur en bas vers la trachée. Derrière la trachée s'apercevait le bout de l'œsophage, qui s'était assez fortement rétracté vers le bas ; on ne put le saisir et empêcher ainsi une rétraction

ultérieure qu'après plusieurs heures d'efforts. Carotides intactes. A la partie inférieure de la plaie on voyait l'aponévrose prévertébrale, et les vertèbres elles-mêmes à l'endroit où l'aponévrose avait été sectionnée. Le patient portait-il la tête en arrière, les deux extrémités des conduits alimentaire et respiratoire s'écartaient au point qu'on pouvait introduire le poing dans la plaie.

L'alimentation se fit à l'aide d'une sonde introduite dans l'œsophage par la plaie. Décubitus latéral, afin d'empêcher l'écoulement de la salive et des sécrétions dans la trachée. La portion de glande thyroïde qui obstruait l'ouverture inférieure de la trachée, fut enlevée. Etat satisfaisant au bout de 5 à 6 jours ; point de réaction générale. Les extrémités de l'œsophage ne se rapprochant pas suffisamment par la traction, on les isola des tissus environnants, puis on les réunit par 4 points de suture. On posa une sonde à demeure. Par une position convenablement inclinée de la tête, on parvint à rapprocher les deux extrémités jusqu'à n'être plus éloignées l'une de l'autre que de 1 1/2 centimètre. Impossible d'invaginer les deux extrémités. La trachée ne fut pas suturée, parce que les récurrents avaient été sectionnés et qu'à chaque mouvement de déglutition les sécrétions s'engageaient dans le larynx. La sonde fut bien supportée. Sauf quelques complications (érysipèle), le malade quitta l'hôpital un mois après la blessure. La paroi antérieure de l'œsophage présentait une fistule du calibre d'un tuyau de plume.

Environ 18 mois après, il entra à l'hôpital pour rétrécissement de l'œsophage.

(JAHRBUCHER, B D. 167, S. 61).

22. (RUST). — Homme de 25 ans. Tentative de suicide le 8 février 1814. Il courut dans la rue avec sa blessure par un temps très froid ; le soir du second jour, il vint seulement à l'hôpital. Une plaie transversale d'une étendue de 4 pouces avait sectionné les voies aériennes, et pénétrait si profondément qu'on ne pouvait croire à l'intégrité des gros vaisseaux. L'œsophage était complètement sectionné jusqu'aux corps des vertèbres. Rust ne réunit que la plaie extérieure et inclina la tête en avant. Le malade reprit quelques forces ; toutefois il resta si faible que Rust n'osa pratiquer la saignée ; il eut du délire et le 5^e jour il s'arracha le pansement. La plaie rouverte, prit un aspect gangréneux ; mort le 12^e jour. L'autopsie montra que la partie supérieure de l'œsophage avait été complètement tranchée jusqu'aux corps des vertèbres. Malgré cela le malade avait pu parler à voix basse quand il inclinait la tête en avant, et il avalait assez bien les liquides dont il ne sortait par la plaie que quelques parties mélangées de pus et de sérosité sanguinolente.

(*Rust's Magazin*, B D. VII).

23. (WAITZ). — Tentative de suicide le 2 août. Ohrmann, se coupe la gorge avec un couteau de boucher. Les parties molles du cou, sauf les

grosses artères sont sectionnées jusqu'à la colonne vertébrale. La plaie est située tout-à-fait au-dessus du plateau laryngien ; les cornes supérieures du cartilage thyroïde sont sectionnées et refoulées à la partie supérieure de la plaie. Le regard plonge dans le cavité du larynx, et derrière lui dans l'œsophage également blessé et fortement rétracté. A la partie supérieure on voit l'épiglotte mise à nu et la paroi postérieure du pharynx qui est séparée de la colonne vertébrale sur une longueur de plusieurs centimètres. On ne peut guère songer à la réunion d'une telle plaie. L'alimentation se fait à l'aide d'une sonde directement introduite dans l'œsophage. Le second jour au soir respiration gênée par un gonflement colossal de l'entrée du larynx. Trachéotomie. Mort le 6^e jour d'une pneumonie.

(WAITZ. *Die chirurgische Klinik der Universität*, Kiel, 1875).
(*Archiv. für Klinische chirurgie*, B D. 31, S. 619).

24. (PARÉ). — Un Anglais coupa à un paysan la trachée et l'œsophage à l'aide d'un poignard, et le laissa dans cet état le tenant pour mort. Mais le malade se traîna dans une chaumière voisine et de là se fit transporter à la ville. Paré réunit avec soin la trachée, toutefois il ne parvint pas à saisir l'œsophage dont les deux extrémités s'étaient considérablement retracts. Le malade recouvrit complètement la voix et guérit.

(LIBER, IX C. 29).

25. (LARREY). — Le nommé Duley fut frappé avec un couteau poignard. Plaie transversale du cou de 0,20 d'étendue, au-dessus de la fourchette sternale n'intéressant pas les muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens, mais la trachée entre le septième et le huitième anneau, l'œsophage et le cartilage interosseux placé entre la première et la deuxième vertèbre dorsale. Deux points de suture à la trachée ; trois saignées. — Faiblesse générale de la respiration que le rapprochement des bords de la plaie avait fait disparaître.

Fièvre, emphysème du médiastin, des parois de la poitrine, du cou, des paupières droites et du scrotum ; sangsues par ordre du curé. Mort le lendemain.

A l'autopsie, foyer purulent à gauche de la vertèbre lésée, communiquant avec la plaie par une ouverture au-dessus de la racine du poulmon. Epanchement purulent dans la cavité pleurale.

(Th. de HORTELOUP, p. 71).

26. (GARENGEOT). — Un domestique, accusé d'avoir volé son maître, se coupa la gorge avec un rasoir. La plaie transversale avait huit travers de doigt de largeur, et paraissait pénétrer jusqu'aux vertèbres du cou. La trachée était coupée entièrement entre les cartilages scutiforme et cricoïde ; l'œsophage était coupé dans les 2/3 de son calibre. Section d'une jugulaire, des sterno-mastoïdiens. La tête n'étant plus maintenue en avant se porta tellement en arrière que les deux bouts coupés de la trachée-artère se trouvaient

éloignés de plus de 4 travers de doigt, ce qui rendit la plaie très large. Traitement : pas de suture, bandage unissant ; guérison parfaite le dix-huitième jour.

(HÉVIN, *mem. de l'ac. de chir.*).

27. (DOLBEAU). — Fille de 29 ans, entrée le 4 novembre 1868 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dolbeau. Elle s'est sciée le cou jusqu'à la colonne vertébrale avec un couteau de cuisine coupant mal. Plaie ayant huit centimètres transversalement et trois centimètres d'écartement de ses bords à la partie médiane. Pas de lésion de vaisseaux sanguins importants. L'œsophage est coupé à sa partie antérieure. L'écartement entre les deux bouts de la trachée est de un centimètre et demi environ. Au fond de la plaie, on voit des fragments cartilagineux provenant des anneaux du conduit aérien.

La malade est placée la tête inclinée en avant, avec des compresses d'eau fraîche sur la plaie.

Des parcelles d'aliments sortant par la boutonnière de l'œsophage, s'introduisent dans la trachée, et sont rejetées par des quintes de toux.

Le 12 novembre, le bout inférieur par lequel se fait exclusivement la respiration, tendant à se rétrécir, une canule est introduite à l'aide d'une petite incision faite sur la ligne médiane.

Le 13, la plaie de l'œsophage est complètement guérie ; la plaie du cou est cicatrisée ; il reste seulement l'orifice de la trachée par lequel se fait la respiration.

Depuis l'accident, l'air n'a pas traversé le larynx. L'orifice inférieur du bout supérieur est complètement fermé ; il existe là une cicatrice complète, qui a englobé les fragments cartilagineux. Un stylet fin ne peut être introduit (la cicatrice est résistante) et la malade est prise, pendant ces tentatives, de violentes quintes de toux.

Section du cartilage thyroïde sur la ligne médiane. A travers les deux lames écartées, introduction forcée d'une canule qui traverse la partie oblitérée du larynx, et pénètre dans la trachée. Au-dessus de la partie oblitérée, il est facile de constater que la cavité du larynx est rétrécie.

Tout le pont, conservé entre le trou par lequel passe la canule et la plaie primitive, est détruit à la suite de l'inflammation qui survient dans cette partie.

Des tentatives infructueuses ont été faites pour mettre une canule à double courant, dont la branche ascendante était placée entre les lames du cartilage thyroïde.

Quelques accidents survenus du côté du poumon nécessitent le repos de la malade. Elle respire avec une canule ordinaire introduite dans la trachée. La cavité du larynx faite par la laryngotomie, tend à se rétrécir. M. Dolbeau fait construire un appareil prothétique, formé par une canule

à double courant, qui permet, par la dilatation progressive de la cavité du larynx, d'arriver à rendre à la malade sa respiration normale et sa voix basse.

(Th. de HORTELOUP, p. 125).

28. (DIEFFENBACH). — Une veuve de 60 ans, faible, se coupa dans un accès de fièvre, la trachée au-dessous du larynx et le canal alimentaire. La plaie s'étendait d'un sterno-mastoïdien à l'autre ; un sang écumeux remplissait la bouche, les gros vaisseaux étaient intacts. Mort une heure après la blessure.

Autopsie. — La trachée et l'œsophage étaient complètement sectionnés jusqu'aux vertèbres du cou ; une deuxième incision avait tranché le cartilage thyroïde.

(*Rust's-Magazin*, B. D., 41, S., 410).

29. (LUEDERS). — C. Schnorr, âgé de 37 ans. Tentative de suicide le 7 février 1827. Plaie transversale longue de 6 pouces, entre le premier et le deuxième anneau de la trachée. Conduits alimentaire et respiratoire complètement coupés jusqu'à la colonne vertébrale. Sterno-mastoïdiens entamés tous les deux, vaisseaux importants et nerfs épargnés. Les liquides introduits s'écoulent par la plaie en partie dans la trachée. L'extrémité inférieure de la trachée descendue jusqu'au sternum ne parvient pas à être réunie par des fils. C'est pourquoi on incline seulement la tête en avant.

L'introduction de la sonde par la plaie de l'œsophage n'est pas possible au commencement à cause des mouvements de déglutition, plus tard elle réussit, et l'alimentation s'effectue au moyen d'un tube recourbé en S introduit par la plaie. La tête étant appliquée fortement contre la poitrine, le lait introduit par la bouche, descend dans l'estomac. Le quatrième jour, la paroi antérieure de la colonne vertébrale mise à nu se montre recouverte par de la lymphe ; les bords de la plaie inférieure du conduit alimentaire, sont rattachés aux tissus environnants par des exsudats, et apparaissent béants. A partir du sixième jour, alimentation par la bouche. On n'introduit plus de tube par la plaie, la paroi antérieure de l'œsophage tend à se reformer. Le dixième jour, il ne passe presque plus rien par la plaie et on n'aperçoit plus à l'œil nu aucun orifice sur le conduit alimentaire. Lueders voulant voir la trachée se cicatriser de la même façon, ordonne la diète. Malgré tout, il reste une fistule et le malade est obligé de porter une canule.

(*Graef's und Walther's*, I. B. D. 13, S., 261).

30. (HENSCHEN). — Un homme de 45 ans, dans une tentative de suicide, se coupa d'un coup de couteau le larynx au niveau du cartilage cricoïde, l'œsophage et l'apponévrose prévertébrale. La plaie largement béante, permet l'introduction du poing. On commença par chercher, avec beaucoup

de difficultés, le bout inférieur de l'œsophage et à le fixer dans la plaie ; plus tard on mit à nu les deux bouts de l'œsophage et on en fit la suture ; il persista cependant une ouverture d'environ un centimètre de largeur. Le malade supporta, pendant deux mois, la sonde œsophagienne à demeure ; au bout de ce temps la déglutition se faisait bien, malgré la persistance d'une petite fistule. On put alors enlever la canule trachéale employée jusque là ; mais une fistule larygienne demeure, et l'on n'a pas cherché à rétablir la continuité du conduit aérien.

(Thèse de ROUMÉGOUX, p. 21. — *Revue des sciences médicales*, p. 727, 1876.)

31. (CHAUVEL). — X..., le 19 août 1867, trompé dans ses espérances, se porte plusieurs coups de rasoir à la partie antérieure du cou. Pour éviter tout déplacement du rasoir, il l'avait fixé au moyen d'une ficelle enroulée autour du poignet et des doigts. Plaie presque transversale de 14 centimètres, un peu plus étendue à droite de la ligne médiane que du côté opposé, remontant légèrement du côté droit. Les bords de la peau sont déchiquetés ; le blessé s'y est repris à 4 ou 5 fois. La profondeur de la plaie est effrayante ; tout a été coupé jusqu'à la paroi postérieure du pharynx jusque sur la colonne vertébrale. Le cartilage thyroïde a été coupé dans sa partie supérieure. La section est loin d'être nette et du côté droit on voit plusieurs hachures, témoignant que le rasoir n'a pas toujours suivi le même chemin. Les cordes vocales n'ont pas été atteintes ; on les voit parfaitement s'ouvrir et se fermer quand le malade porte un peu la tête en arrière. Le pharynx est largement ouvert. L'épiglotte a été coupée ; à gauche le pilier postérieur du voile du palais a été complètement sectionné ; le pilier droit a été épargné en partie, et l'amygdale a été divisée, le rasoir ayant remonté de ce côté. L'hémorrhagie s'est assez rapidement arrêtée, mais il persiste, un suintement sanguin qui coule le long de la paroi postérieure du pharynx, et bientôt dans le larynx. De là des accès de suffocation très fréquents, des quintes de toux. La position assise, la tête penchée en avant, est seule possible. Lavage, repos.

Quelques heures après l'accident, le pouls est très petit, très fréquent, la peau froide. Syncopes fréquentes. L'introduction de la sonde alimentaire amène des mouvements de déglutition exagérés et une menace de suffocation qui rendent toute tentative impossible. Lavement de bouillon et de vin rouge. Soif ardente. Intelligence complète ; l'émission des sons est facile, mais leur articulation impossible.

A 5 heures le pouls s'est relevé, l'état général est meilleur. On tente la suture. A l'aide d'une aiguille fortement courbée, trois fils, les deux latéraux simples, le médian double, sont passés dans les parties molles autour de l'os hyoïde pour permettre de l'abaisser à volonté. Le fil médian traverse l'épiglotte près de sa base, trois autres fils correspondants sont pas-

sés dans les parties molles qui entourent le cartilage thyroïde, formant la lèvre inférieure de la plaie. Le fil médian cède dès le premier essai de rapprochement ; un nouveau fil, double également, est passé au moyen d'une aiguille droite à travers le cartilage thyroïde, près de son angle antérieur. Les parties sont alors et sans aucune difficulté rapprochées jusqu'au contact. La tête est fortement fléchie sur la poitrine pour éviter un tiraillement incessant. Un nouveau lavement alimentaire est administré. Le poulx s'est relevé, la tendance aux lipothymies est moins grande. La déglutition est toujours impossible, les liquides pénétrant dans le canal aérien. Pastilles de menthe pour calmer la soif, eau vinaigrée, aspersions et lotions froides.

20 août, 2^e jour. Nuit assez tranquille. Deux points de suture simple sont appliqués sur les lèvres de la plaie extérieure. Soif vive. Une nouvelle tentative d'introduction de la sonde œsophagienne amène un violent accès de suffocation. Lavements alimentaires. Poulx ample, fréquent, fièvre. Le soir on peut pousser une sonde dans l'œsophage et injecter un peu de liquide dans l'estomac.

21 août. Nuit agitée. Un peu de fièvre. Amélioration le matin. La sonde œsophagienne permet d'injecter du bouillon concentré.

22 août. Journée très agitée. Accès fébrile, pendant lequel le malade reste dans une grande torpeur. Poulx fréquent, chaleur et sueur. Dans la crainte d'un accès pernicieux, on donne : sulfate de quinine 1 gramme en 2 doses, le soir.

23 août. 1 gramme de sulfate de quinine en 2 doses. A 10 heures du matin, nouvel accès. Poulx de 100 à 140. Torpeur profonde, puis grande agitation, mouvements désordonnés. Cette agitation dure toute la journée et une partie de la nuit. Les points de suture placés sur les lèvres extérieures de la plaie ont coupé les tissus. Les fils profonds, sauf le médian fixé au cartilage thyroïde sont tombés. La plaie bourgeonne et suppure.

24 août. 1 gramme de sulfate de quinine en 2 doses. Le malade est calme et possède toute son intelligence. Le fil supérieur de la suture profonde médiane a coupé l'os hyoïde ; le fil qui traverse le thyroïde tient seul encore ; mais le cartilage commence aussi à céder. La plaie est de nouveau largement ouverte, et le larynx descendu. Un bain.

25 août. 1 gramme de quinine. Nouvel accès. La dernière ligature est arrachée ; légère hémorrhagie qui s'arrête seule. Le malade refuse de boire et de laisser examiner sa plaie.

26 août. Sulfate de quinine. Poulx à 108, difficulté de nourrir le malade qui se refuse à toute manœuvre.

Même état les jours suivants ; le malade s'affaiblit peu à peu, la fièvre persiste, la plaie devient blafarde, et enfin la mort arrive le 11^e jour après l'accident.

(*Rec. de mémoires de méd. chir. et pharm. militaires*,
3^e série, t. 26, p. 136, Février 1871).

32. (J. QUISSAC).— Marchetti, âgé de 30 ans. Tentative de suicide le 19 juillet 1836. Vaste plaie transversale, à la partie antérieure du cou, s'étendant d'un sterno-mastoïdien à l'autre, intéressant la peau, les muscles de la région sous-hyoïdienne, et la membrane thyro-hyoïdienne dans toute sa longueur. Un intervalle de plus de 84 millimètres séparait les deux bords de la plaie ; tandis que les extrémités étaient éloignées l'une de l'autre au moins de 132 millimètres ; aussi eut-elle pu admettre facilement la tête d'un fœtus à terme. Le bord supérieur n'était formé que par la base de la mâchoire, en arrière et au-dessus du niveau de laquelle était l'os hyoïde, que ses muscles releveurs tenaient fortement fixé dans ce point. Sur la lèvre inférieure, on voyait le cartilage thyroïde rapproché du sternum par les sterno-thyroïdiens, et derrière ce cartilage l'épiglotte intacte. En arrière la plaie était limitée par la colonne vertébrale et la paroi postérieure du pharynx que l'on voyait dans une grande étendue ; la membrane thyro-hyoïdienne avait été complètement divisée. Ses extrémités se trouvaient des deux côtés où les carotides primitives se divisent en externe et interne. Une seule artère, la thyroïdienne supérieure donnait du sang par jets saccadés. Le malade devait en avoir perdu beaucoup, car l'accident était arrivé depuis une heure environ ; aussi il était pâle, presque sans pouls, et cependant ses yeux étincelants annonçaient une exaltation cérébrale extraordinaire.

Arrivé depuis quelques heures d'une ville voisine, où il avait déjà donné des signes d'aliénation mentale, Marchetti s'était fait une blessure avec un couteau en y revenant à plusieurs reprises. Son délire était tel, qu'après avoir jeté cet instrument il avait porté deux de ses doigts pliés en crochet sur la lèvre inférieure de la plaie afin de l'agrandir.

Quissac suivit le plan opératoire suivant :

- 1° Ligature des vaisseaux ;
- 2° Rapprochement de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde au moyen de points de suture entrecoupés, sans y comprendre la peau ;
- 3° Suture de la peau.

Après avoir lié l'artère thyroïdienne supérieure droite, le chirurgien porta sur chaque côté du cartilage thyroïde à 16 ou 18 millimètres de la ligne moyenne et à 8 millimètres au-dessus de son bord supérieur, une aiguille courbe garnie d'un fil ciré simple, mais fort ; il les fit pénétrer de dehors et dedans dans le larynx et les élevant après vers l'os hyoïde, il les fit passer de dedans en dehors par dessus cet os, qui se trouva de cette manière compris dans la suture. L'os hyoïde fut par ce moyen rapproché du cartilage thyroïde. Un nœud double fixa les fils ; craignant que deux points de suture fussent insuffisants, le chirurgien se décida à en porter un troisième entre les précédents. Un des bouts de chaque fil fut coupé court, l'autre fut conservé avec une certaine longueur, afin de pouvoir être ramené au dehors et prévenir sa chute dans le larynx.

Les deux bords de la peau, éloignés encore l'un de l'autre de près de 81 millimètres, furent rapprochés et maintenus également en contact au moyen de plusieurs points de suture entrecoupés. Sur le milieu du bord inférieur se trouvait en outre, mais sur la peau seulement, une division verticale de 27 millimètres de hauteur. Sa partie supérieure avait déjà été unie par un point de suture, l'inférieure fut laissée ouverte pour donner issue au sang et au pus. Les trois fils de suture du larynx furent ramenés au dehors à travers les lèvres de la peau et fixés au moyen d'une bandelette agglutinative. Une compresse imbibée de cérat fut mise sur la plaie; de la charpie sèche, une compresse, une bande complétèrent le pansement. On fit fléchir la tête au malade, et on la maintint dans cette position au moyen de deux bandes entrecroisées en X et fixées supérieurement à une autre bande entourant la tête, inférieurement à un bandage de corps placé autour de la poitrine.

Le malade était presque sans pouls, avait les extrémités froides. Sinapismes aux jambes. Potion avec 20 gouttes de liqueur de Hoffmann, 34 grammes d'eau de fleurs d'oranger.

La chaleur, le pouls se ranimèrent enfin; on suspendit la potion et on enleva le sinapisme. Vers le soir, trois heures après l'opération, hémorrhagie arrêtée par des compresses froides.

Bientôt l'exaltation cérébrale reparait. Le malade parle continuellement, pousse des vociférations et s'agite. Trompant la surveillance dont il est l'objet, il défait les bandes qui lui font incliner la tête sur la poitrine.

20 juillet. Un peu plus de calme, toux légère; sang dans les crachats, mais non combiné avec eux comme dans la pneumonie, ce qui indique qu'il vient de la plaie. Une partie du liquide avalé s'échappe par celle-ci et vient mouiller l'appareil (tisane d'orge, bouillon par cuillerées).

21 au 27 juillet. Même état des facultés intellectuelles. Le malade parle, crie, se promène dans les salles. Toux modérée. Crachats purulents. Une petite partie des boissons passe toujours par la plaie, dont l'aspect fait espérer la réunion immédiate.

28 juillet. Marchetti a quelques instants de suffocation; une quinte de toux la fait passer. Les trois points de suture du larynx sont coupés avec des ciseaux et retirés au moyen du bout fixé au dehors. Il est facile de reconnaître que l'adhésion des parties est faite. Deux petites ouvertures de 2 millimètres environ de diamètre existent seulement, une de chaque côté (orge, semoule).

30 juillet. L'ouverture du côté droit est fermée; il ne reste plus que celle du côté gauche qui s'est retrécie. Le malade a encore un accès de suffocation. Les crachats se rapprochent de l'état normal.

4 août. L'ouverture du côté gauche n'offre plus qu'un petit pertuis qui donne peu de pus. La guérison est à peu près terminée, mais l'état mental est tel qu'on l'envoie aux aliénés. L'ouverture fistuleuse était guérie com-

plètement au mois de novembre de la même année 1836, mais la suppuration avait été plus ou moins abondante pendant les mois d'août, septembre et octobre. Il restait encore une cicatrice linéaire. La voix était restée un peu rauque, mais il avait recouvert presque entièrement la raison.

(*Gazette médicale*, 1840, p. 553.)

33. (CHASSAIGNAC.) — A.-L. Busch, âgé de 34 ans, pris de désespoir se coupe la gorge avec un rasoir. Plaie transversale de huit centimètres de largeur, limitée à chaque extrémité par le bord interne des sterno-mastoïdiens, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde ; elle comprend l'extrémité supérieure de tous les muscles de la région sous-hyoïdienne jusqu'aux grandes cornes du cartilage thyroïde. A travers la plaie béante on aperçoit la paroi postérieure du pharynx, qui seule persiste ; en bas se voit l'orifice supérieur du larynx surmonté des deux cartilages aryténoïdes. Beaucoup de mucosités sanguinolentes s'écoulent par la plaie ; quand le malade fait des efforts pour parler, il se produit au niveau des cordes vocales un bruit éclatant, métallique, comparable au son félé et un peu affaibli d'une anche de hautbois. Hémorrhagie peu considérable, carotides parfaitement intactes.

L'état du malade est grave ; respiration anxieuse, pouls faible et un peu accéléré ; déjà l'emphysème commence à se montrer autour de la plaie, dont les deux lèvres sont violemment tiraillées par une contracture musculaire énergique. On tente la réunion de l'os hyoïde au cartilage thyroïde à l'aide de points de suture, mais le contact des doigts, des instruments, des fils avec l'extrémité supérieure de la glotte y détermine de tels mouvements spasmodiques que l'entrée libre de l'air dans la trachée devient impossible. Trachéotomie ; la mobilité du tube aérien est telle que la canule ne peut être maintenue en place que par les doigts d'un aide appliqués constamment sur ses bords. A l'aide d'un fil double muni d'une aiguille courbe, le chirurgien embrasse l'os hyoïde sur la ligne médiane, perfore le cartilage thyroïde au même niveau, et met en contact l'os et le cartilage. Même opération sur les parties latérales. L'affrontement des bords de la plaie fut exact, et l'on vit cesser la mobilité extraordinaire de la partie sous-hyoïdienne du tube aérien. Quelques points de suture furent pratiqués à la peau. La respiration devint facile, et la déglutition possible quoique pénible et douloureuse.

Le lendemain 23 mai, le pouls est tendu et donne 110 pulsations, néanmoins le malade est calme. Saignée. Les trois jours suivants la déglutition se fit assez bien pour que le malade put prendre chaque jour plusieurs bouillons ; cependant une petite partie du liquide tombait dans la trachée et en était expulsée par les efforts de toux ; il s'en écoulait également par la plaie. Mais les symptômes généraux ne tardèrent pas à s'aggraver ; le pouls s'accéléra et perdit toute sa consistance ; la respiration devint anxieuse, en même temps que l'on constatait l'existence d'une infiltration purulente

dans la région du cou et d'un épanchement considérable dans la plèvre droite. Mort le 28 mai, six jours après l'accident. La veille de la mort les bords de la plaie avaient subi de nouveau un écartement considérable.

Autopsie. — Les trois anses de fils entouraient encore solidement l'os hyoïde sur la ligne médiane et sur les parties latérales, mais ils avaient coupé devant eux le cartilage thyroïde. Les trous faits par les aiguilles, distant du bord supérieur de deux lignes au plus, se prolongeaient en fente jusqu'à ce bord; tout autour le cartilage était noirâtre et un peu moins consistant. La muqueuse de la trachée et des bronches est injectée, couverte de mucosités spumeuses abondantes; de chaque côté il existe un peu d'engouement pulmonaire hypostatique. La plèvre droite contient près de trois verres de pus. Il existe des fusées purulentes entre la lame moyenne et la lame profonde de l'aponévrose cervicale, autour de la moitié supérieure des muscles de cette région. Une dissection attentive fait voir que le pus est éloigné du thorax de trois à quatre travers de doigt. Les vaisseaux et leurs gaines sont intacts.

Le cœur offrait une insuffisance notable des valvules aortiques, avec dilatation de l'aorte et hypertrophie du ventricule gauche.

(*Gazette des Hôpitaux*, p. 365, 1852).

34. (TROY, chirurgien major). — Le 11 août 1845, C. âgé de 40 ans, à la suite d'accès pernicieux de fièvre intermittente qui avait rendu son caractère irascible et mélancolique, quitte la salle de l'hôpital, aiguisé un couteau et se fait une vaste plaie au cou. Syncope à la suite d'une hémorrhagie peu abondante provenant de la division de quelques artérioles. Le malade recouvre ses sens au bout de cinq ou six minutes. Les bords de la plaie retractés en sens contraire, offraient une ouverture énorme dans laquelle il était facile d'introduire l'indicateur et le médius réunis que l'on faisait remonter dans l'arrière bouche et avec lesquels on pouvait aisément explorer la cavité pharyngienne. L'intérieur du larynx était aussi parfaitement à découvert et l'œil aurait pu facilement y diriger les instruments si on avait eu quelque opération à y pratiquer. Par cette large plaie s'opéraient l'entrée et la sortie alternatives de l'air; dans l'expiration surtout il sortait avec bruit et impétuosité en entraînant des mucosités sanguinolentes provoquant une toux fatigante. Application d'un pansement provisoire.

12 août. Réunion des lèvres de la plaie par 3 points de suture entrecoupés, que l'on dut bientôt enlever à cause du gonflement inflammatoire, qui se développa dans les 24 heures.

25 août. — Application du bandage unissant des plaies en travers. Le bonnet du malade fut fixé à l'aide d'une bande et d'une mentonnière: l'extrémité d'une seconde bande fut attachée à la partie postérieure du bonnet et conduite sur le sommet de la tête où elle fut fendue par le milieu jusqu'à son extrémité antérieure; les deux chefs partant du sinciput furent entrecroisés, ramenés obliquement de haut en bas sur la tempe correspondante,

et fixés en cet endroit par deux ou trois circulaires avec le reste de la bande qui avait servi à fixer le bonnet. On pansa la plaie suivant les règles de l'art, maintenant ses bords rapprochés autant que possible par des bandelettes agglutinatives.

La tête fut penchée en avant de manière à rapprocher le menton de la poitrine et cette position fut maintenue au moyen des deux chefs de la bande fendue qui furent attachés à un bandage de corps. Pansement tous les deux jours : les mucosités, les boissons, les aliments souillaient les pièces de l'appareil et nécessitaient le fréquent renouvellement du pansement.

1^{er} septembre. — La plaie est diminuée d'un bon tiers.

25 septembre. — Cicatrisation à peu près achevée ; il ne reste plus qu'un petit pertuis fistuleux situé à la partie moyenne. — Etat du malade satisfaisant. La déglutition quelque peu difficile d'abord se rétablit insensiblement. Guérison complète le 25 octobre.

(TROY, chir.-major. *Recueil de médecine et chir. militaire* 1853. t. X, 2^e série).

35. (COINET). — Djilali-ben-Hammo, berger, âgé de 24 ans, fut surpris pendant son sommeil, à 26 kil. de Tiaret, par un indigène qui lui enfonça son couteau dans la gorge. Transport du blessé à Tiaret, où il arrive, conduit sur un cheval, après quatre heures de marche, le 27 février 1850. Le crime datait de huit à dix heures, quand on fit la réunion immédiate de la plaie à l'aide de points de suture. Le 3 mars, un gonflement inflammatoire énorme provoque une suffocation terrible. La respiration ne consiste plus qu'en des mouvements peu sensibles de dilatation et de resserrement de la poitrine. Pouls imperceptible. Face cyanosée. Battements du cœur à peine saisissables à la main. — Rupture des attaches unissant les deux lèvres de la plaie. Sous l'influence de la respiration artificielle, des frictions, des excitants portés sous les narines, la vie se ranime. La plaie, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, d'une longueur de 9 centimètres environ, est plus profonde à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, où les tissus ne sont pas complètement divisés. Elle décrit une courbe qui atteint presque de chaque côté, les angles du maxillaire inférieur ; elle est plus rapprochée de l'os hyoïde que du larynx, de sorte que la veine et l'artère laryngées supérieures qui longent le bord supérieur du cartilage, et s'enfoncent très en arrière dans l'intérieur du conduit aérien, n'ont pas été atteintes. Le nerf laryngé est également intact. Le couteau a agi de bas en haut et d'avant en arrière, plutôt en sciant qu'en pressant. Les lèvres de la plaie renversées en dedans, et d'une épaisseur d'un centimètre, sans trace de cicatrisation sont rouge-grisâtres, enflammées sur leur bord libre. Les trois points de suture médians, par suite de la distension éprouvée par les fils, ont laissé des ulcérations profondes. A travers cette vaste solution de continuité, on peut introduire l'indicateur et le médius réunis à l'aide desquels il est possible d'explorer toute la cavité pharyngienne. L'intérieur du

larynx est aussi parfaitement à découvert. Lorsque la plaie est béante, le malade ne peut articuler aucun son ; si au contraire on la maintient fermée, la parole revient, mais la suffocation recommence. La salive, les mucosités buccales s'écoulent sans obstacle par la blessure. On se garde bien de recourir à un affrontement exact des lèvres de la solution de continuité. L'inflammation est combattue au moyen de sangsues et de fomentations émollientes.

Le soir une réaction violente s'est déclarée ; le pouls à 110, est plein, développé ; la peau est chaude, la soif vive. Saignée de 400 gr. ; eau gommeuse.

Le 4 mars, le pouls a perdu de sa force ; il est à 100, la chaleur est moindre, la soif persiste.

Prescription : diète, eau gommeuse, continuation des fomentations émollientes.

Les 5, 6, 7 et 8 mars, l'état général s'est tout-à-fait amélioré, la soif seule reste très-intense. Le gonflement inflammatoire a disparu ; les lèvres de la plaie sont recouvertes de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 9, on combat le renversement en dedans des lèvres de la plaie au moyen d'une couche de collodion appliquée au-dessus et au-dessous de la solution de continuité. Maintien des parties divisées en contact par une position qu'un bandage inamovible rend fixe et solide. Pansement à plat ; on fait coucher le malade sur le côté droit.

Prescription : Repos et silence absolu ; lait simple, 500 grammes introduits en deux fois, matin et soir, par la bouche dans l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne : recommandation d'humecter souvent les lèvres et la bouche avec de l'eau fraîche pour calmer la soif vive.

Les huit jours suivants, augmentation progressive de la quantité de lait ; on y joint du bouillon. Pansement simple renouvelé tous les matins. Cicatrisation des déchirures produites par les points de suture ; Réunion dans un bon tiers de son étendue du côté gauche de la plaie. Le malade, toujours dévoré par la soif absorbe de l'eau en grande quantité, malgré une défense formelle. On le place alors du côté gauche. Un autre bon tiers du côté droit de la plaie a contracté des adhérences, de sorte que le 26-mars il ne reste plus de la plaie qu'une ouverture médiane de 2 centimètres environ ; attitude dorsale.

Le 1^{er} avril, la solution de continuité est réduite à un pertuis de l'épaisseur d'une petite lentille. On enlève l'appareil inamovible ; application sur les côtés du cou de quelques compresses graduées

Le 9 avril guérison complète.

(*Mémoires de médecine et de chirurgie militaire*, 1859, t. II, p. 416).

36. (CHASSAIGNAC). — Une femme de 23 ans fut apportée dans le service de Chassaignac à l'Hôtel-Dieu. A la suite d'une querelle avec un homme qui entretenait avec elle des relations intimes, cette femme reçut un

coup de rasoir à la partie antérieure du cou. La plaie est énorme, de 15 à 18 centimètres de longueur, et oblique de haut en bas, d'avant en arrière, de gauche à droite. L'instrument a divisé la peau et les muscles de la région antérieure du cou, obliquement la partie supérieure de la trachée et inférieure du cartilage thyroïde dans tout leur diamètre, et un peu du tube membraneux et musculaire qui constitue l'œsophage. A travers la plaie béante, il était facile de voir les mouvements du cartilage aryénoïde gauche qui, à chaque inspiration, subissait un mouvement de traction en dehors pour être ramené en dedans pendant l'expiration. Carotides intactes. Pour tout traitement, Chassaignac a pratiqué trois points de suture entortillée, à la partie supérieure gauche de la plaie. Mais il n'a point voulu suivre le précepte des anciens et de quelques médecins qui ont conseillé la suture de la trachée, crainte d'accidents inflammatoires et de section des lèvres de la plaie par des fils. Il fit pencher la tête en avant.

(*Gaz. des hôp.*, 1846, p. 450).

37. (LAMOTTE). — Un homme eut une plaie large faite à la gorge avec un instrument tranchant qui traversa la trachée-artère, et coupa les trois quarts de l'œsophage et les muscles sterno-mastoïdiens. Le blessé articulait bien les paroles ; mais le récurrent qui passe par dessous la crosse de l'aorte et remonte le long de la trachée-artère, entre elle et l'œsophage, pour aller se perdre dans la langue, s'était aussi trouvé coupé ; ce blessé resta si incommodé qu'il fallait, pour l'entendre, approcher l'oreille tout près de sa bouche. Cet homme disait avoir reçu un violent coup sur la tête, perdu connaissance, et s'être retrouvé à la pointe du jour baigné dans son sang. Grande faiblesse, pouls imperceptible. Le blessé ne respirait que par la plaie. Tout ce qu'il prenait par la bouche sortait par la plaie de l'œsophage. On lui fit avaler quelques cuillerées de bouillon au moyen d'un petit entonnoir. Il mourut dans les trois jours.

Sabatier blâme beaucoup qu'on ait cru devoir abandonner ce malade sans essayer le moindre bandage, sous prétexte qu'il était trop grièvement blessé.

(LAMOTTE, *Traité de chirurgie*, t. I, obs. CCXII.
Th. de Horteloup, p. 50).

38. (DUBREUIL RAYNAUD). — Leblanc (Jean-Marie), faux monnayeur. Tentative de suicide. De la main droite, il prend un bistouri à lame étroite, avec la main gauche, il se saisit la gorge, la tire en avant ; tournant alors le tranchant du bistouri en avant, il en enfonce la pointe du côté droit, à cette partie du cou qui répond à 2 lignes au-dessus de l'union du cartilage cricoïde avec la trachée-artère et à 1 pouce de distance du larynx ; il pénètre dans le pharynx, traverse de part en part cet organe, et fait sortir l'instrument du côté gauche, à peu près à 1 pouce du larynx.

Il coupe la face antérieure du pharynx, la face postérieure du cricoïde ses faces latérales, immédiatement au-dessous des cornes inférieures du thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne, et toutes les parties molles qui, latéralement et au-devant, recouvrent le larynx. Forte hémorrhagie. Sortie des liquides avalés par la plaie. On a recours aux moyens d'usage pour faire pénétrer les liquides dans l'estomac et favoriser la cicatrisation de la plaie. Les difficultés que le malade éprouve pour respirer lui suggèrent de rouvrir sa plaie. Il respire plus librement, le pharynx est ouvert de nouveau, mais dans une moins grande étendue. On essaie de réunir les lèvres de la plaie, mais la suffocation qui survient oblige d'y renoncer et de laisser le malade respirer par la plaie. On se borne aux soins de propreté et on abandonne la guérison aux soins de la nature. La plaie du pharynx marche rapidement vers la guérison, et quinze jours après la blessure, elle est entièrement cicatrisée. Il resta une ouverture dans la trachée, et le malade dut porter une canule, afin de respirer plus librement.

(MAGENDIE, *Journal de physiologie*, 1830).

39. (MARTIN). — M..., âgé de 26 ans, fut blessé le 7 janvier, dans un bois peu éloigné de Bordeaux, avec un couteau qui coupa en travers le cartilage thyroïde et le paquet des fibres charnues de l'œsophage qui s'attachent aux parties latérales de ce cartilage, de façon que le muscle grand droit antérieur, du côté gauche, apparaissait sensiblement, ainsi que le long fléchisseur du cou. On sent parfaitement que les muscles de l'os hyoïde et du larynx, qui s'attachent au sternum, devaient être coupés dans leur partie supérieure, de même que les extrémités des rameaux d'artères et veines qui vont et reviennent à ces parties. Ce blessé resta dans ce bois sans avoir la moindre assistance de personne pendant quatre jours, ses pieds dans l'eau et la plaie exposée aux injures de l'air. La justice s'y transporta avec un chirurgien, le 11. Ce chirurgien crut devoir faire à cette plaie cinq points de suture, affermis par deux rouleaux de linge passés dans l'anse du fil et dans le nœud ; ils rapprochaient très-bien les bords. Dans cet état il fut porté à l'hôpital. Mon expérience m'a appris le danger qu'il y a de porter le moindre point d'aiguille sur ces parties ; aussi ne manquai-je point de couper cette suture. La plaie exhalait une odeur cadavérique ; sa surface présentait des chairs blafardes et mortifiées. Une boisson que je lui fis prendre passa toute au dehors ; je n'en fus pas surpris, car il n'y pas la 6^e partie du diamètre, de l'œsophage conservée. L'air sortait avec force. Des pansements simples et le soin de tenir la tête penchée en avant amenèrent une prompte guérison.

(MARTIN, *Journal de méd. chir. et pharmacie*,
t. XXI, p. 148. Th. de Horteloup, p. 21

40. (LEDUAN). — Tentative de suicide d'un domestique (1731) à l'aide d'un rasoir. Incision transversale d'une étendue de 7 pouces environ, qui

atteint l'œsophage et sépare presque entièrement l'épiglotte. Si le rasoir avait pénétré d'une ligne seulement plus avant, la carotide droite eut été lésée. Réunion de la plaie par des sutures ; inclinaison de la tête en avant. Les tentatives de déglutition provoquèrent de formidables accès de toux. La toux se produisait également lorsque Ledran introduisait du bouillon dans l'estomac au moyen d'un entonnoir à bec recourbé. Lavements nutritifs. Mort survenue le onzième jour.

Ledran conseille dans des cas analogues, l'alimentation par le rectum, attendu que la moindre toux peut arrêter, sinon faire avorter la guérison.

(*Observation de chir.*, Paris 1731, t. I, p. 84).

41. DUPUYTREN guérit en 1826, en moins d'un mois, un cordonnier qui s'était tranché le larynx et blessé l'œsophage. Il se contenta de maintenir la tête inclinée sur la poitrine à l'aide d'un bandage.

(MONDIÈRE, l. c. p. 517).

42. (EHRlich). — Après avoir mentionné un cas dans lequel la plaie intéressait le cartilage thyroïde, Ehrlich rapporte un cas analogue observé sur un soldat anglais le 6 mai 1792. La blessure était située plus haut que dans le cas précédent ; la trachée n'était pas entièrement coupée, et la lésion de l'œsophage était moindre. Les vaisseaux avaient été épargnés. Les neuf premiers jours les aliments sortirent par la plaie ; néanmoins la guérison eut lieu le quarante-neuvième jour après l'accident.

(*Chirurgische beobachtungen*, 1793, I theil. s. 74).

43. (HABICOT). — Un officier de Henri III, à qui on avait coupé la veine jugulaire et la trachée en deux endroits et qui avait eu également la paroi gauche de l'œsophage ouverte, fut guéri.

(Question chirurgicale. *Mitgetheilt von Kühn, die künstliche Eröffnung der oberen Luftnoege*, 1861, s. 47.

44. (PELLETAN). — Un homme, âgé de 30 ans, mélancolique, se donna un coup de couteau à la partie antérieure du cou, avec une telle force qu'il coupa la trachée-artère au-dessous du larynx, et l'œsophage. Les aliments solides et les boissons s'échappaient également par la plaie. Alimentation du malade à l'aide d'une canule de gomme élastique introduite dans l'œsophage.

Guérison complète au bout de deux mois. Pendant tout ce temps, le malade fut abreuvé et nourri par le secours d'une canule. On parvint à lui en introduire une assez grosse pour laisser passer de la semoule, du vermicelle, de la soupe mitonnée, de la viande hachée, et une suffisante quantité de vin et autres boissons ; en un mot cet homme fut nourri avec un tel succès, qu'il engraisa outre mesure dans l'espace de 3 mois, à la manière des volailles que l'on empâte.

(PELLETAN, *Clinique chir.*, t. I. p. 42).

45. — Tentative de suicide. Plaie transversale du cartilage thyroïde et de l'œsophage, sans lésion des nerfs et des vaisseaux importants. Guérison (1856. SCHMIDT'S Jahrbücher, B D. 94. S. 369).

46. — Tentative de suicide d'un soldat avec un rasoir. Plaie d'une étendue d'environ 12 cent. de longueur, de 3 centimètres de largeur, s'étendant d'un sterno-mastoïdien à l'autre; le nerf laryngé était coupé au-dessus des cordes vocales; la fente glottique était à nu. La paroi antérieure de l'œsophage était coupée dans une étendue de 4 cent.; par suite d'écoulement de sang dans la trachée un violent accès de suffocation survint. Trachéotomie. La plaie de l'œsophage fut laissée ouverte parce que peu de temps après l'opération, elle s'était un peu rétrécie au point qu'avec le stylet aiguillé (?) on ne pouvait atteindre les deux lèvres de la plaie dont la lèvre supérieure s'était fortement recoquevillée. Dans les deux angles de la plaie on mit un gros drain. Déjà après le 4^e jour, le malade qui jusque là était nourri avec la sonde, pouvait avaler des liquides, bien qu'une partie de ceux-ci refluaissent par les drains. Le 12^e jour, on enleva la canule. La plaie œsophagienne se cicatrisait lentement, si bien, que dans la 4^e semaine une partie des liquides sortaient encore par la plaie, alors que le malade pouvait déjà depuis deux semaines avaler des aliments solides. La plaie fut définitivement cicatrisée la 8^e semaine.

(SCHMIDT'S Jahrbücher, 1882, t. 3. p. 64).

47. (PÆTSCH). — Un tailleur, âgé de 30 ans, essaie de se donner la mort dans un accès de mélancolie. Plusieurs blessures au cou. Les conduits alimentaire et respiratoire sont détachés de l'os hyoïde. Le doigt introduit dans la cavité buccale pénètre facilement jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, qui est vraisemblablement aussi lésé. Une seconde blessure intéresse les cartilages thyroïde et cricoïde; la partie postérieure du cartilage cricoïde est coupée, ainsi que l'œsophage à la même hauteur. Les boissons pénètrent en partie dans la trachée et sortent en partie par la plaie. Hémorrhagie abondante, grande faiblesse; 140 pulsations à la minute. Le malade ayant essayé de se mettre assis, la tête s'infléchit en arrière, et la plaie supérieure se dilata énormément; aussi Pætsch la réunit-il par 7 points de suture. La plaie inférieure resta ouverte, car la tentative faite pour la suturer avait provoqué un accès de suffocation. Le même accident se répéta, lorsqu'après l'introduction d'une canule dans la trachée, la tête dut être inclinée en avant. La plaie fut donc maintenue ouverte par un bouchon de charpie. Le malade fut plus tranquille, et on le saigna « autant que son état le permettait. » L'introduction de la sonde étant impossible on lui donna des lavements alimentaires. La déglutition s'améliora rapidement; à partir du douzième jour il ne sortait déjà plus rien par la plaie. Lorsqu'on enleva les sutures, on constata que la plaie supérieure n'était cicatrisée qu'aux deux extrémités, et restait béante au milieu. La tête fut

maintenue dans l'inclinaison en avant par le bonnet de Kœhler ; un mois et demi après l'accident les plaies étaient guéries, et le malade respirait, parlait, mangeait comme s'il n'avait jamais été blessé.

(*Chirurgische beobachtungen, Casper's Wochenschrift*, 1835, n° 33-35.)

48. (Rust). — Servante, âgée de 21 ans. Tentative de suicide à l'aide d'un rasoir le 31 décembre 1814. Le lendemain à 9 heures, on trouva le corps en apparence inanimé, froid. La plaie béante et remplie de caillots, s'étendait entre les cartilages thyroïde et cricoïde à travers la trachée-artère et la paroi antérieure du conduit alimentaire. Après l'enlèvement du caillot, le doigt pouvait être introduit dans le conduit alimentaire et pénétrer jusqu'à la paroi postérieure restée intacte. Le tronçon inférieur de la trachée avait disparu dans la profondeur et n'était visible que lorsque le malade toussait. La plaie externe, longue de 3 pouces, était située plus à droite ; la peau recouvrant le larynx, n'avait pas été lésée à gauche. Les tronçons des vaisseaux s'étaient rétractés, l'hémorrhagie avait cessé ; les boissons sortaient par la plaie. Rust réunit les deux extrémités de la trachée par des fils dont il laissa pendre les bouts hors de la plaie, en fit un paquet, et fixa la tête dans l'inclinaison en avant.

Lorsque l'état de la malade se fut quelque peu amélioré il y eut une hémorrhagie et des accès de suffocation. Le bandage est enlevé avec les points de suture, on fait la ligature de deux vaisseaux. Nouvelles sutures, compresses d'eau froide.

Le 3^e jour, on essaya de faire avaler de l'eau à la malade tourmentée par la soif ; le liquide sortit par la plaie et provoqua un accès de suffocation. Lavements alimentaires. Soif apaisée par un bain tiède.

Le 5^e jour, respiration accélérée, douleur dans la plaie et dans la trachée. Surviennent les règles.

Le 6^e et le 7^e jour, amélioration ; les liquides sont avalés, la tête étant inclinée en avant.

Le 8^e jour, exacerbation de la fièvre ; saignée qui abaisse la température. L'alimentation se fait de plus en plus par les voies ordinaires. Enlèvement des sutures. Pendant la fièvre il s'est formé sous la cicatrice un abcès dont l'ouverture le 13^e jour sembla écarter tout danger.

Le 14^e jour, la plaie laissa écouler un peu de bouillon que la malade avait avalé. Alimentation exclusivement par le rectum ; la plaie est fermée le 18^e jour.

Après la guérison des plaies intéressant la peau et la paroi antérieure de la trachée, il resta une communication entre les conduits alimentaire et respiratoire. Lorsque la malade n'était pas sur ses gardes en buvant, du liquide s'introduisait dans la trachée et en était rejeté par une toux violente. Le bouillon et des aliments solides furent avalés plus facilement ; toutefois la malade, par sa précipitation, provoquait des accès de suffocation. Vers la

fin du mois, la plaie œsophagienne se ferma, sans laisser de rétrécissement appréciable ; la déglutition se fit sans difficulté.

Le 20 mars, elle quitte l'hôpital avec une voix enrouée (conséquence naturelle de la lésion des deux nerfs vocaux).

(RUST, loc. cit.)

49. (MAYER). — Domestique, âgé de 33 ans. Tentative de suicide avec un rasoir, le 24 juillet 1867. Plaie longue de 3 pouces, passant par le milieu du cartilage thyroïde, sectionnant le larynx tout entier et la paroi antérieure du conduit alimentaire. Grands vaisseaux et nerfs intacts. Hémorrhagie faible. Parole à voix basse, lavage de la plaie. Réunion des parties divisées par la suture ; les fils de la trachée et du conduit alimentaire pendent hors de la plaie. Compresses glacées. Tête inclinée un peu en avant. Pilules de glace dans la bouche. Pendant les deux premiers jours, alimentation exclusivement par le rectum.

Deux jours après, le malade pouvait déjà avaler un peu de bouillon, bien qu'une partie descendit dans les voies respiratoires et amena une toux violente, et qu'une autre partie sortit par la plaie.

Le 4^e jour, chute de deux sutures. Beaucoup de toux. Suppuration fétide ; enlèvement des fils qui rapprochaient les deux lambeaux de la peau, afin de procurer un libre passage au pus. La plaie s'ouvre fortement.

Le 5^e jour, déglutition assez bonne.

Le 1^{er} août, expectoration fétide, douleur et matité du côté droit de la poitrine. Diagnostic : pneumonie gangréneuse. Les bords des plaies du conduit alimentaire et du larynx sont adhérents.

Le 7 août, cependant la dernière de ces plaies, livra encore passage aux aliments liquides ; réouverture considérable de la plaie, d'où alimentation par la sonde. Fièvre modérée. L'expectoration fétide était très désagréable, et l'on dut aussi renoncer aux agglutinatifs qui tenaient unis les bords de la plaie.

Le 24 août seulement, le malade put avaler sans peine des liquides.

Le 13 septembre. Guérison.

(L. MAYER, *Aertzliches Intelligenz*, Blatt, 1867, s. 268).

50. (Ernest BERCHON). — Matelot, âgé de 20 ans. Tentative de suicide à l'aide d'un rasoir. Plaie allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre, sectionnant transversalement le cartilage thyroïde. Plaie longue de 14 centimètres, le sterno-mastoïdien gauche légèrement sectionné, celui de droite aux deux tiers. Plaie située un peu au-dessus des cordes vocales supérieures. Carotide mise à nu. Les faciales, les linguales ne sont plus protégées que par leurs gaines. La partie inférieure de la plaie est formée par la paroi postérieure du pharynx, dont les parois antérieure et latérales sont sectionnées. Salive, mucosités et sang coulent en partie par la plaie, en partie dans le larynx, et produisent ainsi de la toux. Berchon passa de chaque côté un fil

de l'extérieur à l'intérieur au-dessus de l'os hyoïde, au niveau des petites cornes, à travers le bord supérieur de la plaie du côté de l'épiglotte ; après quoi il conduisit le fil de l'intérieur à l'extérieur à travers le cartilage thyroïde et ferma la plaie sans comprendre la peau dans cette suture. La tête fut maintenue dans une position élevée par des coussins, et maintenue inclinée en avant par des bandages. Les liquides suivent la voie naturelle.

Le second jour, le malade arrache le bandage, les fils ne se déchirent pas, mais les bords de la plaie s'écartent. Un peu de bouillon pénètre dans l'estomac, le reste sort de la plaie.

Au sixième jour, réunion de la peau par deux points de suture. Le 10 juillet, sortie des fils. La plaie extérieure est fermée à peu près et ne laisse plus rien écouler, si ce n'est un peu à droite.

Le 12, plus d'écoulement par la plaie ; le malade peut prendre des aliments solides. Guérison en un mois. L'alimentation se pratiquait en présentant au malade du lait et du bouillon par cuillerées.

(*Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 78).

51. (BAUDENS). — M. L. se sectionna avec un rasoir toute la membrane thyro-hyoïdienne jusqu'au delà des grandes cornes. La plaie horriblement béante était limitée en arrière par la colonne vertébrale qui était recouverte par la paroi postérieure du pharynx. L'épiglotte sectionnée à sa base était restée à la partie supérieure de la plaie. L'air sortait en sifflant à travers la glotte qui était mise à nu. Parole impossible. Pour fixer le larynx dans sa position normale on eut recours à la suture. Mais le passage de l'air et des mucosités empêchait la réunion de la plaie, et les efforts de déglutition tendaient constamment à la rouvrir. Sortie des boissons par cette voie. Alimentation par la sonde. Inclinaison de la tête en avant. Les points de suture cédèrent sans avoir produit aucun effet. La plaie se cicatrisa en grande partie, mais il resta une fistule d'une étendue de cinq lignes, par où s'effectua la sortie de l'air et des aliments. On reprit l'usage de la sonde œsophagienne ; après l'occlusion de la fistule la parole redevient libre. Mort dans le marasme.

(*Clinique des plaies par armes à feu*, Paris 1836, p. 206).

52. (DIEFFENBACH). — L. Borchardt, 30 ans. Plaie entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, s'étendant d'un sterno-mastoïdien à l'autre. Presque toutes les parties molles sont divisées jusqu'à la partie la plus reculée du plancher buccal, de telle sorte que le regard plonge dans les deux extrémités du larynx et de l'œsophage. Les deux carotides sont mises à nu. Perte de sang d'environ 3/4 de litre. Le patient ayant presque perdu connaissance, on fait la réunion complète du pharynx divisé dans les 3/4 de son diamètre, et du larynx presque complètement coupé. Application du bonnet de Kœhler. Boissons et compresses froides. Saignée. On retire les fils les 4^e, 5^e et 6^e jours. La plaie est guérie, seulement il reste au larynx une

ouverture de la dimension d'un pois. La plaie intéressant la peau est encore ouverte en grande partie. Déjà depuis des semaines le malade prenait des boissons sans qu'il en sortit rien par la plaie, lorsque soudain, dans le voisinage de la plaie, des deux côtés du larynx, il se forma des foyers purulents. Une partie du pus pénétra dans le larynx, et descendit au milieu des muscles du cou. Tout fut changé. Après plusieurs accès d'une fièvre intermittente pernicieuse, la mort survint le 27^e jour.

Autopsie. — Le pharynx et le larynx étaient presque guéris. L'œsophage présentait du côté droit une ouverture des dimensions d'une lentille ; le larynx présentait à la partie antérieure une ouverture des dimensions d'un haricot. Cicatrice dure, muqueuse saine ; grande quantité de pus dans le poumon gauche.

(RUST, *Magazin für die gesammte Heilkunde*, B. D. 41, 1843).

53. (GRAPENGRISSE). — Un agriculteur, le 6 septembre 1821, se fit une plaie d'une étendue de 3 pouces, avec ouverture des voies aériennes, plaie qui fut guérie vers la fin de janvier 1822. Le 31 janvier, tentative nouvelle de suicide ; le malade resta deux jours et deux nuits sans secours. Le 3 février, il pouvait parler distinctement à voix basse, en inclinant la tête en avant et en réunissant les bords de la plaie avec sa main. La plaie allait d'un sterno-mastoïdien à l'autre ; les voies aériennes étaient sectionnées, au niveau du cartilage thyroïde, ainsi que l'œsophage jusqu'à sa cloison postérieure. Toutefois du côté droit, il restait encore de l'œsophage une portion de la largeur d'un brin de paille ; les gros vaisseaux et les nerfs étaient intacts. Le malade conduit à la ville voisine, distante de deux milles, on lui maintint la tête inclinée en avant, et la plaie fut réunie à l'aide d'agglutinatifs. La plaie guérit. Alimentation par le rectum pendant quinze jours après quoi la déglutition devient assez facile. Le malade prit la fuite dans la nuit du 3 au 4 novembre et se noya. On fit l'autopsie ; tout était réuni de la façon la plus convenable.

(*Hufeland's journal*, BD. 63 *Suppl. Keft* S. 52. 1826).

54. (DUPUYTREN-VELPEAU). P. Hercolot, 23 ans. Tentative de suicide par ennui de la vie. La plaie du cou, réunie par des points de suture, guérit rapidement ; il ne resta qu'une ouverture qui ramena six mois plus tard le malade chez Dupuytren, Sur la partie médiane du cou, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, se trouvait une ouverture dont le diamètre avait de deux à trois lignes. Pendant longtemps les aliments soit solides, soit liquides, sortirent par cette fistule ; lorsque la tête était inclinée en avant l'orifice se fermait, la déglutition se faisait sans gêne et la parole était nette ; la tête était-elle inclinée en arrière, les boissons jaillissaient à l'extérieur, à deux ou trois pas de distance, et la voix avait un timbre sifflant. Le malade pouvait avaler de l'eau par sa fistule, sans être obligé de tousser. — Dupuytren essaya de fermer cette fistule par l'avivement et la réunion des bords, mais il n'eut aucun succès. Alors le malade s'adressa à Velpeau.

Le 4^{er} février 1832, salive, des mucosités provenant des bronches, des aliments et des boissons sortaient par cette fistule, dès que le malade cessait d'incliner la tête en avant, la parole était également rauque et inintelligible dès qu'il redressait la tête. D'après les recherches de Velpeau, la fistule se trouvait en relation avec le larynx et l'arrière-bouche, la partie droite de l'épiglotte était séparé du cartilage thyroïde. De l'extérieur on arrivait ainsi dans le larynx et dans l'œsophage. Velpeau réussit à fermer la fistule par un lambeau cutané et le malade guérit.

(*Gazette des hôpitaux*, t. II, 1831.)

55. (JASSER). — Suicide d'un grenadier au moyen d'un rasoir. Plaie située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, plus étendue à gauche qu'à droite de la ligne médiane. Le malade avait passé la nuit sans secours, quand Jasser réunit les deux lèvres de la plaie. Paroles embarrassées. Tout ce que le malade essaie d'avalier sort par la plaie et produit des quintes de toux, en sorte que la plaie se rouvre. L'introduction d'une sonde par la plaie pharyngienne produisant de la toux et des vomissements, on est obligé d'y renoncer. Pour calmer la soif inextinguible du malade, on le met dans des bains et on l'y laisse plus longtemps que dans son lit. Malgré cela la fièvre ne tombe pas. Production d'un abcès au-dessus du manche du sternum, on le vide par une incision.

Pendant que la soif est calmée par des bains, on nourrit le malade par des lavements de lait, de bouillon de veau et de poulet. Après dix jours, l'état général s'améliore, et Jasser réunit de nouveau les deux lèvres de la plaie. Au bout de trois semaines, le malade peut, quoiqu'avec peine, avaler des aliments sans qu'il s'en écoule par la plaie. Jasser, par précaution, continue les bains et les lavements, et seulement au bout de huit jours, l'alimentation s'effectue exclusivement par les voies ordinaires. Le malade guérit, et six semaines après il quitte l'hôpital pour rejoindre un nouveau régiment.

(*Smucker. Vermischte chirurgische Schriften. Frankental.*
1784. B D. III, s. 175).

56. (ZIMMER). — Tentative de suicide le 8 novembre 1817. Plaie transversale longue de la moitié d'un pied de Nuremberg. Les voies aériennes sont sectionnées à la partie antérieure et sur la partie latérale gauche, de telle sorte que l'œsophage est lésé sur plus de la moitié de son calibre. Les liquides avalés sortent en grande partie par la plaie. Réunion de la plaie seulement dans sa partie la plus externe, et inclinaison de la tête en avant. Tous les liquides avalés s'écoulent encore à l'extérieur. Guérison du côté droit le sixième jour, du côté gauche au bout de vingt-trois jours. Guérison complète. Zimmer n'introduisit pas de sonde, soumit surtout son malade à la plus grande immobilité, et ne lui prescrivit qu'un peu d'eau pour humecter la langue.

(*Allgemeine medicinische Annalen*, 1818, s. 382).

57. (STARK). — Les deux artères laryngées sont sectionnées, l'épiglotte complètement coupée ; la partie supérieure de l'œsophage est presque entièrement sectionnée ; il n'en était resté qu'une bande de la largeur d'un doigt à la partie postérieure, bande qui s'était aussitôt fortement tendue parce que la portion antérieure s'était beaucoup retractée après sa section. Après l'hémorrhagie qui fut abondante, on sutura les voies respiratoires et alimentaires. Cela ne se fit pas sans difficulté, car tandis que l'on suturait l'œsophage, le malade fut pris de vomissements, et lorsqu'on posa les sutures du larynx, il se produisit une toux violente. Après quoi le malade put avaler un peu d'eau ; toutefois la plus grande partie ressortait par la plaie. Lavements nutritifs. A une légère inflammation succéda une suppuration de bonne nature. Toux fatigante. Relâchement des sutures de trachée et de l'œsophage ; écartement des lèvres de la plaie. De nouveaux points de suture produisent une irritation si grande que le lendemain on se voit obligé de les enlever. Alors on incline le menton sur la poitrine et on laisse à la nature le soin de la guérison.

Le 24^e jour, le malade mange du riz ; il en sort très peu par la plaie.

A la fin de la quatrième semaine la plaie était guérie. Le malade avalait et parlait ; il ne restait plus qu'une petite fistule communiquant avec la trachée. Huit semaines plus tard, mort subite en état d'ivresse. Toutes les parties précédemment sectionnées étaient si complètement guéries que, sauf la cicatrice, on ne trouvait plus aucune trace de cette vaste plaie.

Richter's chirurgische bibliothek, Bd. V. S. 75. Anno 1779).

58. (PARÉ). — Un allemand s'était coupé, dans un accès de folie, la trachée et l'œsophage. Ici encore Paré réunit la trachée par des points de suture et soutint le malade par des lavements nutritifs.

Mort le cinquième jour.

(Liber, IX. c. 29).

59. (MUR SINNA). — Un soldat mélancolique, armé d'un couteau de poche, coupa à un garçon de 9 ans, la plupart des muscles antérieurs du cou ainsi que les conduits respiratoire et alimentaire, environ à un pouce au-dessous du cartilage cricoïde. Le chirurgien civil Bach trouva l'enfant tout couvert de sang et sans connaissance, il réunit exactement par 4 points de sutures la plaie extérieure, et rapprocha les extrémités des conduits alimentaire et respiratoire. Tête dans l'inclinaison. L'enfant avala des aliments liquides sans qu'il en sortit quelque chose par la plaie. Nuit très tranquille. Soif ardente. Le lendemain, faiblesse extrême ; toux continuelle. On interdit les boissons ; la plaie fut recouverte de charpie et on administra un lavement nutritif. Contre la soif, on introduisit dans la bouche du jus de pomme. Tête immobilisée contre la poitrine (Bandage du cou de Mursinna). De petites doses d'opium amenèrent un peu de sommeil. Le malade put avaler de faibles portions de lait en appuyant doucement la main sur la blessure.

Le 6^e jour, une partie du liquide avalé sortait encore par la plaie. La plaie extérieure était déjà bien diminuée ; Mursinna l'agrandit et découvrit alors la plaie de l'œsophage qu'il toucha avec le nitrate d'argent. La plaie des voies respiratoires parut fermée.

Le 8^e jour, il sortit encore quelque chose par la plaie ; Mursinna cautérisa de nouveau.

Le 9^e jour le bandage était desséché, mais le 10^e, il était de nouveau humide. Alors on maintint ouverte la plaie extérieure, en introduisant des bourdonnets de charpie dans le but de guérir tout d'abord la plaie de l'œsophage. L'enfant marcha vers la guérison ; la déglutition se fit bien, mais il fallut cautériser à plusieurs reprises pour amener une guérison complète au bout de deux mois.

La plaie des voies respiratoires était déjà fermée le 19^e jour. Il ne fut pas question de la sonde alimentaire. Les lavements n'apaisant pas la faim du malade, il mangea et but tout le long de sa maladie.

(*Neue medicinische beobachtungen*, B. 1796. S. 225).

60. (LOTZBECK). — Un fantassin bavarois surpris le 7 juillet 1871 par des paysans français, reçut une blessure et ne fut retrouvé que le 9 juillet à moitié mort. Plaie transversale de 14 centimètres, à 5 millimètres au-dessus du cartilage thyroïde, et plaie longitudinale séparant les deux lames du cartilage thyroïde. La plaie transversale s'étend à gauche à 4 cent. de la ligne médiane, et à droite à 10 centimètres. Lorsque le malade tousse ou qu'il fait des mouvements de déglutition, on aperçoit la cavité du larynx et le commencement de l'œsophage. A droite, le sterno-mastôïdien et l'omo-hyoïdien sont complètement sectionnés et rétractés. Les carotides semblent intactes. La plaie suppure et est recouverte de larves et d'insectes. Les essais de déglutition sont suivis d'une toux violente et les aliments avalés sortent en majeure partie par la plaie. Introduction de bouillon par la sonde alimentaire. A partir du 11^e jour, le patient peut déjà en inclinant la tête en avant, avaler du lait et du bouillon, et, vers la fin du mois de juillet, il avale du pain trempé dans du lait. Après l'expulsion de quelques portions nécrosées du larynx, la plaie se ferma, et il ne resta qu'une fistule laryngée des dimensions d'un pois ; celle-ci se ferma.

Dans la nuit du 21 au 22 septembre la difficulté de la respiration et des apparences de suffocation nécessitèrent l'introduction d'une canule par l'orifice du larynx. Au mois de novembre 1872 le malade portait encore cette canule sans en être incommodé. La déglutition de tous les aliments se produisait facilement, quand ils étaient ramollis.

(LOTZBECK, *der Lufttröhrenschnitt bei Schusswunden*
münchen, 1873. B D. 53).

61. (ZIMMER). — Suicide d'un aliéné avec un couteau non aiguisé le 24 décembre 1846. Le malade arrêta l'hémorrhagie, qui était forte, en se couchant dans la neige. Les voies respiratoires sont complètement coupées

au-dessous du larynx, et le conduit alimentaire est coupé de l'étendue de 2 pouces seulement. Carotides intactes. Zimmer fait tout d'abord deux points de suture au conduit alimentaire, cherche ensuite, à l'aide d'une pince, l'extrémité du conduit respiratoire glissée vers la cavité thoracique et réunit les deux extrémités par trois points de suture ; les cinq fils employés sont glissés à l'extérieur ; enfin la plaie extérieure est fermée par huit points de suture.

Le 25, le malade pouvait avaler un peu de bouillon.

Le 27, grande faim ; le soir le malade arracha, dans un accès de folie, le bandage en même temps que deux sutures de l'œsophage et une de la trachée. Les extérieures avaient cédé. Malgré cela tout va bien, seulement le malade est tourmenté par la toux.

Le 29, il mange une pomme, et avant d'avoir fini de la manger, il est pris d'une toux violente, le sang sort violemment du cou, et en deux minutes il est mort. Pas d'autopsie.

Traitement suivi : le repos le plus absolu, position inclinée de la tête, pas de sonde, pas de lavements.

(*Allgemeine, Medicinische Annalen*, 1818, p. 383).

62. (JOHNSON-HENNEN). — En 1805, un soldat malais fut gravement blessé au cou dans les faubourgs de George Town. Syncope. Ligature de deux ou trois artères blessées. Le larynx était complètement coupé entre les cartilages thyroïde et cricoïde, l'œsophage à moitié seulement. Une tentative faite pour fermer la plaie ayant provoqué des accès de suffocation, elle resta ouverte. Tête inclinée en avant. Respiration calme. Soif ardente qui tourmente le malade parce que tous les liquides s'écoulent goutte à goutte par la plaie. On dut renoncer à l'introduction de la sonde à cause de l'extrême irritabilité des voies respiratoires et alimentaires. Plusieurs fois par jour, le malade fut plongé dans un bain de lait ; outre cela on lui donna des lavements alimentaires qui furent continués pendant dix-huit jours. Après ce temps, l'œsophage laissait passer les boissons jusque dans l'estomac. Prompte guérison.

(HENNEN, *Bemerkungen über einige wichtige gegenstände, etc.*
übers von Kurt Sprengel Hall, 1820).

63. (POHL HUETER 1875). — Bonne de 24 ans. Tentative de suicide le 11 mai 1873. Ligature des deux artères thyroïdiennes supérieures, afin d'arrêter l'hémorrhagie, on place une canule dans la trachée. La plaie était probablement située entre le cartilage cricoïde et le premier anneau de la trachée ; elle s'étendait d'un sterno-mastoïdien à l'autre ; les voies respiratoires et la paroi antérieure du conduit alimentaire étaient complètement sectionnées. Carotides intactes. Guérison en trois mois avec production de deux fistules, dont l'une, la plus élevée, communiquait avec l'œsophage, et l'autre, située au-dessous, conduisait dans la trachée. Ces deux fistules étaient

indépendantes l'une de l'autre. Pendant toute la durée de la maladie, l'alimentation se fit au moyen d'une sonde introduite par la bouche.

Le 15 novembre 1873, la malade fut transportée à l'hôpital de l'université de Greiswalder. A ce moment il s'écoulait constamment de la salive et des mucosités par la fistule œsophagienne. Une partie des aliments ressortait par la même voie. Dans la fistule trachéale se trouvait une canule; quand on la retirait la malade avait ses accès de suffocation. Hueter réussit plus tard en renversant les bords de la muqueuse œsophagienne vers l'intérieur et par la superposition d'un lambeau de peau à fermer la fistule œsophagienne; il n'y eut point de rétrécissement et la déglutition se fit normalement. La malade mourut subitement, le 20 avril 1876, pendant un repas, probablement par asphyxie. A l'autopsie on trouva le canal alimentaire d'un calibre normal à l'endroit de la blessure; la muqueuse présentait une cicatrice finement étoilée.

(POHL, *Ein seltener Fall, etc. dios. Greiswald*, 1875.)

64. (GURLT). — Plaie faite avec un couteau de table et située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Le couteau avait enlevé un morceau de ce dernier cartilage et sectionné l'épiglotte. La plaie avait trois pouces de hauteur et quatre pouces de largeur; en y introduisant le doigt on pouvait pénétrer vers le haut dans l'arrière bouche et vers le bas dans l'œsophage. Les liquides avalés sortaient par la plaie, la parole était impossible. Alimentation dans les trois premières semaines, au moyen de la pompe stomachale. Pas de points de suture. Malgré une inflammation considérable et une pneumonie le malade guérit; mais à son départ, il avait encore une légère fistule.

(GURLT, *Jahresbericht 1860-61. — Archiv. für Klinische chirurgie*, BD. III. S. 281.)

65. PLACENTIUS). Section simultanée des voies respiratoire et alimentaire consécutive à une tentative de suicide. Les veines jugulaires avaient été épargnées. Guérison au bout d'un mois.

(SCHENK, observat. 1600, I, 2, p. 347, *mitgetheilt von Lueders*).

66. (PIGRAEUS). Un jeune homme fut blessé au cou par des brigands. La plaie s'étendait entre les deux jugulaires externes, qui avaient été respectées. Le malade pouvait parler quand il inclinait la tête en avant. Les liquides ressortaient par la plaie. Cependant lorsqu'étant dans le décubitus dorsal, il avalait des boissons, celles-ci parvenaient dans l'estomac; preuve que l'œsophage ne pouvait pas avoir été totalement sectionné.

Pigraeus réunit la plaie par des sutures, et 20 jours durant, ne donna que du lait au malade. Celui-ci aspirait le liquide en inclinant la tête en arrière. Puis il essaya des aliments plus consistants. La plaie guérit; il ne resta bientôt plus qu'une petite fistule trachéale.

(*Epit. med. et chir.*, I, 4 c. 12. Anno 1612. *Bei Bohn, de renunciatione vulnerum*, p. 280. Leipzig, 1689.)

67. (MICHAELSEN). Un homme de 35 ans se fit en prison, avec un couteau de poche droit et émoussé, trois incisions dans la région du cou. Il tomba en syncope, et resta dans cet état plus de trois heures sans recevoir aucun secours. Au bout de ce temps, il fut amené dans une chambre dont l'air était profondément vicié, et il resta 18 heures avant de recevoir les soins d'un médecin.

On le trouva d'abord complètement sans voix ; pourtant en lui courbant la tête de façon à rapprocher l'un de l'autre les bords de la blessure, on put l'entendre proférer quelques sons ; mais ils étaient incompréhensibles.

La respiration était saccadée ; l'air passait complètement par la blessure. Pouls normal, pas de fièvre. Faiblesse ; faim extrême. La station debout, la marche même étaient impossibles.

La blessure avait à l'extérieur 4 pouces de long. Elle s'étendait au travers du larynx et du cou depuis le sterno-mastoïdien droit qui était sectionné en partie, jusqu'à un doigt du même muscle du côté opposé. Le larynx était complètement coupé. La partie inférieure du cartilage thyroïde était séparée de la glotte et de l'épiglotte ; ces dernières portions étaient restées, de même que les cornes supérieures du thyroïde et les cartilages arythénoïdes, attachées à la base de la langue. La trachée, à laquelle tenait la partie inférieure du larynx, était tirée en bas comme les bords de la blessure extérieure.

L'œsophage avait été coupé du même coup, de telle sorte qu'il restait à peine de ce conduit, un quart de pouce intact, sur la paroi postérieure. Aussi tous les aliments liquides sortaient-ils par la plaie. Les bords de la blessure ne pouvaient être ramenés au contact que par la flexion forte de la tête. Quand la tête était renversée en arrière, la blessure présentait 3 ou 4 pouces d'ouverture. On fit trois points de suture avec des fils de soie à la trachée. L'air passait par les intervalles compris entre ces points. Position de la tête fléchie sur le cou. La voix parut être un peu meilleure après ce pansement.

Du lait en petite quantité fut pris par la bouche et assez facilement avalé ; mais, quand le malade voulut en prendre en quantité un peu plus grande, il eut de l'étouffement et de la toux.

Dans la troisième nuit, deux des fils se rompirent dans les efforts de toux. A ce moment déjà la cicatrisation était en bonne voie ; des bourgeons abondants se montraient sur les bords de la plaie. Le pouls était normal.

Le cinquième jour, guérison encore plus avancée. Pas de fièvre. Quelques douleurs se faisaient sentir sur le côté droit de la blessure dans les mouvements imprimés au bras et à la jambe de ce côté. Bon sommeil ; bon appétit.

Le huitième jour, la plaie de l'œsophage était complètement fermée en arrière et sur les côtés. Elle était seulement un peu ouverte en avant. La

respiration était libre. Un peu de toux, expectoration de mucosités filantes, sensation de chaleur dans la poitrine.

Décoction de guimaume, huit sangsues, pédiluves.

Deux des fils se rompirent encore. On ne les rétablit pas. Le malade fut complètement guéri le vingtième jour, malgré quelques incidents fâcheux survenus les jours précédents.

Six ans se sont écoulés depuis, et cet homme est resté en parfaite santé.

(*Journal de Schmidt*, t. XV, p. 193).

68. (NEUMANN). — P..., ouvrier menuisier, âgé de 55 ans, alcoolique. Tentative de suicide avec un rasoir, le 9 juin 1830. Une heure après l'accident on le trouva occupé à écrire devant une table. Étaient sectionnés, les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens des deux côtés, l'omohyoïdien droit complètement, le gauche en majeure partie, le ligament thyroïdien moyen, la muqueuse qui tapisse le larynx, les deux cornes supérieures du cartilage thyroïdien, le conduit alimentaire jusqu'à la paroi postérieure. Hémorrhagie insignifiante. Lorsque la plaie était recouverte par une compresse le patient parlait distinctement. Malgré la suture, et l'application du bonnet de Köhler, la plaie ne diminuait point, et les liquides avalés sortaient en grande partie par la plaie. Cet homme alcoolique, eut du délire, et mourut d'épuisement au bout de deux semaines.

(*Græfe und Walther*, 1833, B D. 20, s. 133)

69. (SEMELEDER). — Femme de 46 ans. Tentative de suicide. Plaie de 2 pouces de long, sectionnant la partie supérieure du cartilage thyroïde, ouvrant le larynx immédiatement au-dessous de l'épiglotte, et communiquant avec l'arrière-bouche. Sortie des liquides par la plaie pendant la déglutition. Des menaces d'asphyxie, et des accès de toux s'étant produit, pendant douze jours on fit l'alimentation trois fois par jour au moyen de la sonde œsophagienne. Le quatrième jour on dut introduire une canule dans le larynx et on ne put la retirer qu'au bout de 5 mois. La plaie se ferma le neuvième jour.

(*Gurtt-Jahresbericht*, 1863-65. Archiv. f. clin. chir., B D. VIII).

70. (RUST). — Homme de 40 ans. Tentative de suicide le 12 avril 1814. Plaie d'une longueur de 3 pouces s'étendant plus à gauche qu'à droite de la ligne médiane. Le larynx, la paroi antérieure de l'œsophage, le cartilage thyroïde, sont sectionnés obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Trois ou quatre heures après l'accident on trouve le malade sans respiration et sans pouls. Rust réunit la plaie par des sutures et incline la tête en avant. Une demi heure après le malade revient à lui. Sortie des liquides avalés par la plaie, et menace d'asphyxie. Alimentation par des lavements. Saignée pour combattre les accidents inflammatoires des voies aériennes. Ouverture spontanée d'un abcès produit par les mucosités et le pus de la trachée et de l'œsophage. Le quarante-huitième jour guérison complète.

(Rust, *Einige Beobachtungen*, etc. Wien. 1815. *Magazin*, B D. VII).

71. (EHRlich). — Homme de 30 ans. Tentative de suicide. Plaie transversale à bords contus, longue de 4 pouces, pénétrant à travers le cartilage thyroïde et intéressant à gauche la plus grande partie de l'œsophage. Les branches de l'artère thyroïdienne et la veine jugulaire externe ne sont point épargnées. Arrêt de l'hémorrhagie par la ligature. Grande faiblesse, toux continuelle, sortie par la plaie des liquides avalés. Après avoir enlevé les compresses qui recouvrent la plaie, on a une nouvelle hémorrhagie qu'on arrête en pratiquant la ligature. On ne réunit point les voies aériennes à l'aide de points de suture, on se contente de suturer autant que possible les bords de la plaie extérieure. Lavements de bouillon et de lait. La soif intense n'est pas calmée par les bains. On essaie l'introduction de la sonde œsophagienne, mais on y renonce, car il se produit une forte toux et une hémorrhagie abondante. Lavements de bouillon et de jaune d'œuf toutes les heures. Tous les jours le malade reste dans un bain pendant cinq ou six heures. Moyens inutiles. Mort le cinquième jour.

(*Chirurgische beobachtungen*, BD. I, p. 74, 1795).

72. (KROENLEIN) — C..., âgé de 41 ans. Tentative de suicide avec un couteau de table. Blessure de l'étendue d'un pouce entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Toutes les parties molles sont sectionnées. Traitement à ciel ouvert. Guérison le dixième jour. Fièvre seulement le second jour.

(*Langenbeck's. Archiv. Suppl. Heft*, 1877).

73. (SCHEDE). — Bonne de 21 ans. Tentative de suicide avec un couteau de table. Plaie d'une étendue de 8 centimètres. Epiglotte complètement séparée, parole impossible. Les liquides avalés sortent en partie par la plaie, la glotte empêche l'introduction des liquides dans les voies aériennes. On suture l'épiglotte au cartilage thyroïde. La plaie extérieure reste ouverte, l'épiglotte se réunit. De petits fragments du cartilage thyroïde se nécrosent. Guérison au bout de six semaines avec une petite fistule.

(WITTE. *Ueber die Werwundungen des Kehl Kopfes. Archiv für Klinische chirurgie*. B D. 21, p. 182, 1877).

74. (RIED). — C... D..., âgé de 36 ans. Tentative de suicide. Les sutures cèdent plusieurs fois, au bout de 8 semaines, paralysie du bras droit, qui disparaît quelques semaines après. Il reste une fistule entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. La blessure dont nous n'avons point de description a dû être considérable. La cicatrice commençait à un pouce du bord postérieure du sterno-mastoïdien gauche, descendait obliquement vers la région sous-hyoïdienne, s'étendait horizontalement à travers celle-ci, et se terminait au bord antérieur du sterno-mastoïdien droit. Le sterno-mastoïdien gauche était presque complètement sectionné, de telle sorte que sa moitié supérieure avait en grande partie disparu. La carotide gauche battait immédiatement sous la peau. (L'épiglotte était séparée du larynx et se

trouvait à la base de la langue et près de l'os hyoïde). Celui-ci et le larynx n'étaient reliés entr'eux que par une mince peau cicatricielle.

(*Jenai'sche zeitschrift*, BD. I. 1864, S. 370).

75. (SOLLY). — Un tailleur de 22 ans se coupa la gorge entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. La plaie s'étendait de l'une des carotides à l'autre. Voies aériennes sectionnées complètement et le pharynx aux $3/4$. Syncope à la suite de l'hémorrhagie. L'introduction de la sonde œsophagienne par la bouche produit des hémorrhagies et des vomissements; on l'introduit alors par la narine gauche et on la laisse à demeure; le troisième jour on l'introduit par l'autre narine et ainsi de suite. L'hémorrhagie se répète; ligature de la veine jugulaire antérieure. La plaie est laissée ouverte; au bout de 31 jours il se produit une réunion au pharynx mais rien au larynx. Le vingt-cinquième jour la déglutition n'est pas encore possible; le quarantième jour la plaie est presque fermée mais aucune réunion ne se fait au larynx. La déglutition s'opère mieux. Au bout de 2 mois, il persiste une petite ouverture centrale conduisant au larynx et de là au pharynx (?). De temps à autre les liquides avalés sortent par cette fistule.

(*Lancet*, 1864. V. I. S. 94).

76. (WEEDEN-COOKE), 1860. — Plaie complète des voies respiratoires, des parois antérieures et latérales du pharynx, sans lésion des gros vaisseaux; malgré cela, forte hémorrhagie. Pas de suture, sauf aux deux extrémités de la plaie. Immobilisation de la tête penchée en avant. Le malade prend quelques œufs et du vin de Bordeaux; une partie de ces aliments sort par la plaie. Alimentation par le rectum pendant les trois premiers jours.

Le 11^e jour, le malade prend de la nourriture sans difficultés. Guérison au bout d'un mois.

(*Lancet*, 1860, v. II, S. 56).

77. (KELLERMANN). — Soldat âgé de 20 ans. Tentative de suicide à l'aide d'un rasoir, le 14 janvier 1869. La plaie longue de 5 pouces, divise la membrane thyro-hyoïdienne complètement et la partie supérieure de l'œsophage sur une étendue d'un pouce. Après une demi heure l'hémorrhagie s'arrête, grâce au froid de l'hiver. La paroi droite de la partie supérieure de l'œsophage n'est pas lésée d'une façon appréciable. Réunion de la plaie extérieure par cinq points de suture, dont un contourne l'os hyoïde. Glace, position inclinée de la tête. La sonde alimentaire ne peut être introduite parce qu'elle produit des accès de suffocation. Le malade boit du lait à l'aide d'un tuyau en verre. Après une fièvre violente des premiers jours, guérison lente. Production d'un abcès.

Le 22 février, c'est-à-dire six semaines après l'accident, le malade est complètement rétabli. Parole, respiration, déglutition, tout est normal (l'homme a fait la campagne de 1870).

(WITTE, *Verwundungen des Kehl Kopfes* etc. *Archiv. für Klinische chirurgie*, 1877, BD., 21, S. 490).

78. (ANDERSON). — Tentative de suicide. Voies aériennes complètement sectionnées au-dessus du cartilage thyroïde, trachéotomie. Réunion des deux lèvres de la plaie par des points de suture. Guérison sans complications.

(WIRCHOW-HIRSCH, *Jahresbericht*, 1868, BD. II, s. 442).

79. (GIOFFREDI). — Tentative de suicide. Plaie transversale allant d'un sterno-mastoidien à l'autre, avec ouverture du larynx à la façon de la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Ligature des deux artères laryngées supérieures qui avaient été sectionnées. Guérison.

(WIRCHOW-HIRSCH, *Jahresbericht*, 1872, BD. II, s. 488).

80. (MORRISON). — Barbier, âgé de 44 ans. Tentative de suicide au moyen d'un rasoir. Plaie entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde ; les deux carotides mises à nu. Hémorrhagie arrêtée, pouls à peine perceptible. Réunion des bords de la plaie par quatre points de suture et la position inclinée de la tête. Violente toux accompagnée d'accès de suffocation. Déglutition très pénible, au point que toutes les boissons s'échappent par la plaie. L'introduction des sondes étant impossible, parce que chaque essai amenait une toux violente et une sensation d'étouffement, lorsque le bec de la sonde arrivait au contact de la plaie. Les boissons s'écoulaient toutes par la plaie. Le jour suivant, trois nouveaux points de suture, et inclinaison de la tête sur la poitrine. Peu à peu, déglutition plus facile, et guérison en quatre semaine.

Trois mois après, une autre maladie emporta le malade. L'autopsie montra que la moitié gauche de l'épiglotte manquait.

(SCHMIDT'S, *Jahrbücher*, BD. 16, p. 314).

81. (DRESSSEL). — En 1824, un homme dans la démence s'était coupé la gorge. Dressel ne vit le malade que le 5^e jour. La plaie longue de 2 pouces, située immédiatement au-dessous de l'os hyoïde, occupait le larynx et la moitié du pharynx. Dressel aviva les bords entr'ouverts de la plaie et les réunit par cinq points de suture, qu'il maintint par des agglutinatifs et l'inclinaison de la tête en avant. Pendant la nuit les points de suture cédèrent à l'effort d'une toux violente. Dressel tenta encore la suture mais sans succès. Après la cautérisation et la réunion de la plaie par des agglutinatifs et des bandes, la plaie guérit dans la 3^e semaine, il ne subsista qu'une fistule du larynx qui se ferma également au bout de deux semaines.

(GRAEFE et WALTHER, BD. 20, p. 319).

82. (EVERS). — Instituteur, âgé de 40 ans. Tentative de suicide dans la démence, avec un couteau (1831). La plaie transversale longue de 4 pouces est située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Ouverture du pharynx sur une longueur de 1/2 pouce. Les sterno-mastoïdiens, les grands vaisseaux et les nerfs sont restés intacts. Les tentatives de déglutition produisaient de la douleur et des accès de toux. Inclinaison de la tête en avant, réunion prompte de la plaie.

(SCHMIDT's, *Jahrbücher*, BD., 19, p. 197).

83. (KUHN). — Plaie entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Déglutition presque impossible. L'introduction de la sonde alimentaire fut si pénible que la malade supplia pour qu'on la laissât plutôt mourir de faim. La tentative de réunion des deux bords de la plaie échoua. Toutefois la plaie guérit complètement et sans complications.

(KUHN, *die Künstliche Eröffnung der oberen Luftwege* 1864. S. 52).

84. (CURLING). — Tentative de suicide, plaie transversale entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde ; large ouverture du pharynx. Carotide et nerf vague mis à nu à gauche. Alimentation au moyen d'une sonde introduite par la plaie. Guérison complète.

(WIRCHOW-HIRSCH, *Jahresbericht* 1866, BD. II, S. 416).

85. (DIEFFENBACH). — Nicolas Rampf, âgé de 36 ans, mélancolique se plongeait un couteau dans le côté gauche du cou ; grande hémorrhagie, perte de connaissance. La plaie longue de quatre pouces, allait du milieu du cou, immédiatement au-dessus du larynx, vers la droite jusqu'à l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien. Larynx intact, pharynx coupé jusqu'à la paroi postérieure. Le sterno-mastoïdien était un peu lésé, la carotide miraculeusement épargnée, était comme disséquée. La forte hémorrhagie provenait des vaisseaux de la peau et du larynx. Les boissons parvenaient en majeure partie dans l'estomac quand la plaie était fermée par l'inclinaison de la tête. Pas de bandages. Compresse froide. Soins donnés par Wurter pour maintenir la tête dans une position favorable. Après deux semaines, il ne passait plus que très peu d'aliments liquides à travers la plaie. Après trois semaines, il ne restait plus de cette vaste plaie qu'un petit orifice qui ne tarda pas à se fermer.

(RUST, *Magazin für die gesammte Heilkunde*, BD. 41. S. 395, 1848).

86. (DIEFFENBACH). — Hust, domestique, 27 ans, mélancolique. Tentative de suicide. Plaie entre le cartilage thyroïde ; section de la paroi antérieure du pharynx. Hémorrhagie insignifiante. Réunion des deux lèvres de la plaie par deux points de suture. Compresse froide. Saignée. Le soir, fièvre, toux, déglutition gênée. Saignée le second et le troisième jour. Guérison prompte au bout d'un mois.

87. (HOUSTON). — Un homme dans un accès de délire, se coupe la gorge avec un rasoir. Plaie très large entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde; l'instrument les avait séparés si complètement que le premier avait été entraîné dans la bouche par la langue; pharynx entièrement ouvert et épiglote séparée de la langue et de l'os hyoïde suspendu par son pédicule au cartilage thyroïde. — Carotides intactes.

La mort était imminente, parce que l'épiglotte, séparée de ses attaches supérieures et latérales, était renversée sur l'ouverture de la glotte et empêchait l'introduction de l'air dans le poumon; en soulevant ce corps, la respiration se rétablit et le cœur recommença à battre; on fixa l'épiglotte par son sommet au cartilage thyroïde, parceque l'entrée de l'air la ramenait sur l'ouverture glottique; après huit jours le malade mourut d'érysipèle.

(REPORTS Dublin, 1830, *Gaz. médicale*. Horteloup l. c. p. 45.)

88. KURZNOIG à Riga. 1798). — Ouvrier de 55 ans. Tentative de suicide le 18 avril 1798. Transport à la distance de six milles sur la charrette d'un cultivateur. Section transversale immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde; les deux jugulaires coupées et ouverture d'un pouce dans l'œsophage. La plaie a une étendue d'environ trois pouces; le larynx est abaissé, les carotides sont à découvert. L'eau que le malade veut avaler s'écoule par la plaie. Celle-ci est réunie par des bandelettes agglutinatives; la tête est fléchie en avant. Beaucoup de toux, pas de repos. Le second jour on lui fait prendre des aliments liquides, en lui maintenant la tête solidement appliquée contre la poitrine. Le sixième jour la plaie suppure. Au bout de deux semaines, il prend des aliments plus consistants. Guérison complète la douzième semaine.

(*Loders Journal*, BD. IV. S. 725.)

89. (DEBRUCK). — Guérison d'un homme qui s'était fait une plaie avec un rasoir, au-dessous de l'os hyoïde. Cette plaie avait trois pouces de longueur; l'œsophage était blessé dans sa paroi antérieure sur une longueur de 1/2 pouce. Guérison au bout de 4 semaines.

(*Mursinna. Journal für chirurgie* I. 2).

90. (SCHREYER). — Dans un accès de mélancolie, un homme de 48 ans, se fit une blessure au cou. La tête était fléchie en arrière et la trachée pendante en bas et fortement en avant. L'air s'échappait avec force à travers la plaie. Hémorrhagie très abondante. La grande inclinaison de la trachée fit diagnostiquer à Schreyer, la section des muscles sterno-thyroïdiens et thyro-hyoïdiens, et dans le premier moment, il ne remarqua pas, à cause de la grande quantité de caillots sanguins, qu'il existait aussi une lésion de l'œsophage, ce n'est qu'en donnant un peu de vin à boire au malade qu'il put la constater; elle s'étend jusqu'à une petite partie de la paroi postérieure de l'œsophage.

Deux heures après la ligature des vaisseaux, aucune hémorragie ne s'étant encore déclarée, Schreyer se prépara à faire une suture en surjet. Il fit maintenir la tête du blessé un peu en arrière, de manière à pouvoir facilement arriver à travers la plaie, largement béante, jusqu'à l'œsophage avec des pinces, des aiguilles et les doigts.

Il établit donc la suture, en tenant les aiguilles, tantôt avec les doigts, tantôt avec les pinces, laissa pendre un fil du fond de la plaie, et le fixa avec des bandelettes de diachylon. Cela fait, il procéda à la suture de la trachée. En faisant fléchir la tête du patient un peu en avant, il fit chaque point de la suture avec la plus grande précaution afin de ne léser ni les cartilages, ni la muqueuse et saisit seulement le tissu cellulaire circonvoisin et les muscles. Les lèvres de la plaie étaient parfaitement reliées l'une à l'autre ; chaque point de la suture n'étant distant de l'autre que de 1 cent. $\frac{1}{2}$; le fil fut aussi laissé pendant hors de la plaie. Puis après que la troisième suture, celle des téguments généraux, eut été mise en place, le tout fut recouvert d'une compresse mince, par dessus laquelle quelques bandelettes agglutinées furent attachées obliquement et en travers.

Pour empêcher le patient de recommencer son suicide, on l'enveloppa du cou aux pieds à l'aide d'une grande bande. Le lendemain matin, une violente agitation se manifesta.

Pouls à 120. Une tentative d'introduction de la sonde œsophagienne (le malade ne voulait rien prendre) échoua ; prescription de lavements nutritifs.

Comme le troisième jour, le malade refusait encore de prendre toute espèce de nourriture, si on ne lui procurait quelque soulagement eu égard à son bandage, on lui délivra les bras et les jambes.

A partir de ce moment, le malade prit de l'eau et des médicaments sans refus, à l'aide d'un tuyau de plume.

Le sixième jour, le pansement fut levé, la tête seule fut encore maintenue en avant. L'agitation s'était calmée, la fièvre avait cessé. Comme les liquides avalés n'arrivaient qu'en partie dans l'estomac, on fit l'introduction de la sonde œsophagienne, ce qui réussit.

Le quatorzième jour, la plaie était guérie, comme les fils tenaient encore solidement, ils furent coupés. La voix était revenue, mais sourde et enrouée.

Le dix-huitième jour, le malade respire pour la première fois de l'air frais, la déglutition s'améliore ; cependant plusieurs fois, il fallut encore introduire la sonde œsophagienne. Après la guérison, la mélancolie avait disparue.

91. (HELVIG). — Plaie de la trachée et de l'œsophage consécutive à une tentative de suicide. Le malade vécut encore dix jours après l'accident.

(*Obs. phys. med. ed. Schrockins*, 1880. *Obs.* 63, *mitgetheilt von Lueders*).

92. (GRAF). — Dans un cours fait par Graf à Giessen en 1712, il était question d'une plaie s'étendant d'une oreille à l'autre. Le larynx, l'œsophage, la carotide externe et les deux jugulaires externes étaient coupés. Néanmoins le malade vécut encore douze jours. Lamotte rapporte un fait à peu près semblable.

(PLATNER. *Gründliche Anleitung in die chirurgie*,
I Th., p. 573, anno 1748).

93. (GAIRDNER). — Le cas est presque semblable à celui qu'a décrit Jaffreson (*obs.* 96) ; la plaie était seulement située un peu plus bas, et ici c'était l'œsophage et non le pharynx qui était divisé. La malade eut une fistule des voies respiratoires et dut constamment porter une canule. L'œsophage offrit également une fistule qui reçut la sonde alimentaire. De cette façon elle vécut des années pendant lesquelles elle fut bien portante.

Les dangers de cicatrisation de ces sortes de plaies apparurent ici bien nettement. La marche fut si rapide que la malade était prise d'accès de suffocation chaque nuit, et que le docteur Gall fut obligé d'introduire un bout de sonde dans la trachée. Un cathéter dut toujours être prêt en cas où cet accident se produirait, ce qui ne manquait pas d'arriver chaque fois qu'on enlevait la canule, même pour quelques heures.

(*Edinb. med. and surg. Journal* V. 46. Pohl, loc. cit.).

94. (ACREL). — Plaie transversale faite avec un couteau émoussé, au niveau du cartilage thyroïde. Le malade, âgé de 30 ans, entra à l'hôpital le dixième jour de sa blessure ; celle-ci était située au-dessus de la glotte et communiquait avec l'œsophage. Sortie des aliments par la plaie. A la huitième semaine il resta encore une petite fistule aérienne qui se ferma la trentième semaine.

(ACREL, *Chirurg. vorfælle übers von Murray*, Gœtt 1777).

95. Plaie complète des voies aériennes avec perte de substance du cartilage thyroïde ; l'œsophage est blessé également. On ne peut réunir, car la perte de substance est trop considérable. Inclinaison de la tête en avant.

Le 3^e jour, point de côté à gauche. Fièvre, dyspnée, mort le 6^e jour.

Autopsie. — La trachée a une teinte bleu noirâtre. Dans la bronche gauche, on trouva un morceau de cartilage de la longueur d'un pouce. Lésions de la pneumonie.

(RICHTERS, *Chirurgisch. Bibliothek*, BD. VI, s. 536. 1785).

96. (JAFFRESON). — Bonne de 39 ans. Plaie transversale de 5 pouces de long ; le cartilage thyroïde est complètement sectionné à sa partie inférieure ainsi que la paroi latérale de l'œsophage. Paroi postérieure intacte,

sterno-mastoïdiens presque complètement sectionnés, carotides mises à nu. Les artères et les veines thyroïdiennes supérieures, les branches mastoïdiennes de la carotide, quelques ramifications de l'artère laryngée, et la veine jugulaire antérieure étaient tranchées. Les nerfs importants n'étaient pas lésés. La partie supérieure du cartilage thyroïde s'était tellement rétractée vers le haut, qu'elle était invisible, la partie inférieure était également rétractée vers le bas. Hémotase par la torsion. La plaie du larynx fut suturée, mais comme les fils étaient très tendus, la suture céda. Introduction de la sonde par la plaie, introduction d'une canule dans la trachée. Peu de fièvre.

Les 4^e et 5^e jours, la sonde fut introduite par la bouche, mais cela fut si douloureux qu'on dut la réintroduire par la plaie.

Le 6^e jour, affaiblissement de la malade par la diarrhée et une expectoration pénible. Mort le quatorzième jour, bien que la plaie fut en voie de guérison et que tout phénomène pulmonaire eut disparu.

(*A case of severe suicidal Wuond of the neck, St. Barth. Hosp., Rep. 1873*).

97. (PONCENARD). — Homicide. Section de la gorge entre le cartilage thyroïde et le cricoïde. L'œsophage était coupée aux trois quarts. Section des sterno-mastoïdiens ; la plaie avait 10 travers de doigt de largeur. La tête du blessé était repliée en arrière ; les lèvres de la plaie étaient très gonflées et pleines d'écume. Introduction d'aliments par un entonnoir placé dans la plaie. Trois points de suture ; deux à chaque côté de la gorge, un sur les cartilages thyroïde et cricoïde ; bandage inclinant la tête. Guérison le vingtième jour.

(HÉVIN. *Ac. de chirurgie*, t. I, p. 437)

98. (WEDEMAYER). — Une bonne de 20 ans, fut blessée grièvement par un rasoir dans la nuit du 17 au 18 juin, un peu avant 11 heures. Hémorragie abondante. Syncopes répétées. Quatre heures plus tard le docteur Boerner trouva la malade râlant fortement. La plaie de 4 pouces 1/2 d'étendue, remplie de sang, allait d'un sterno-mastoïdien à l'autre, sectionnait le cartilage thyroïde et la partie antérieure de l'œsophage. L'extrémité inférieure du larynx s'était rétractée au-dessous de la poignée du sternum. Ligature de la jugulaire externe sectionnée, réunion des deux extrémités du larynx au moyen de quelques points de suture pratiqués dans les muscles et dans le tissu cellulaire ; fermeture de la plaie extérieure au moyen de sept points de suture. Inclinaison de la tête en avant. Mort 9 heures après au milieu d'accès de toux et de suffocation.

Autopsie. — L'œsophage était sectionné sur les 2/3 de son étendue, on pouvait facilement introduire le doigt par la plaie.

(*Rust's Magazin*, BD. 28, s. 318. 1829).

99. (BORK). — Tentative de suicide d'un berger avec un rasoir, le 25 décembre 1838. La plaie s'étendait d'un sterno-mastoïdien à l'autre au-dessous du larynx, et avait sectionné l'œsophage. Syncope immédiate. Bork profite de cette syncope pour faire la suture. Pouls très faible, et très lent (20 pulsations). Après la syncope sueurs abondantes. Le malade alcoolique, essaie d'arracher son pansement, et doit être lié. Il avale un peu de vin et de bouillon. Le quatrième jour il avale des lentilles et des pommes de terre; un point de suture cède; les lentilles avalées se retrouvent dans la plaie. Au bout de six semaines, guérison complète.

(*Walther und Ammon's journ.* BD 57, S. 256. Anno 1847).

100. BOGMANN observa la guérison complète chez un suicidé après une section complète de la trachée accompagnée de la section de la paroi antérieure de l'œsophage. Cette dernière fut fermée par trois sutures en soie fine, la trachée au moyen de six sutures en fil d'argent.

(*Virchow-Hirsch Jahresbericht* 1874. BD. II. S. 558).

101. (JÄGER). — Un criminel se fit une plaie au cou avec un morceau de verre. Les voies respiratoires étaient coupées visiblement car on voyait les deux extrémités de la trachée sectionnée. L'œsophage était ouvert car les aliments liquides et solides s'échappaient de la plaie. Pas d'hémorrhagie sérieuse. Cataplasmes, inclinaison de la tête en avant. Guérison au bout de six semaines sans accident sérieux.

(*Vermichte chir. Cantelen* 1789. *Richters bibliothek* BD. X. S. 208).

102. (RENNIE). — Un soldat âgé de 43 ans, très sujet à des accès de mélancolie et qui, déjà a perdu la plus grande partie de la voute palatine, par suite d'une nécrose syphilitique, fut trouvé inanimé. Il avait une vaste plaie qui partant du bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche, s'étendait jusqu'au bord antérieur du même muscle à droite à travers la membrane crico-thyroïdienne. Le larynx était aussi complètement coupé et l'œsophage en partie. La veine jugulaire gauche, différents autres vaisseaux importants ainsi qu'un gros tronc artériel étaient sectionnés. Il en était résulté une très forte hémorrhagie qui avait occasionné une syncope. Après la ligature des vaisseaux, les lèvres de la plaie furent rapprochées par des points de suture. Lavements alimentaires. Le malade souffrait en outre depuis quatre mois, d'un chancre phagédénique qu'il avait tenu caché et qui s'étendait sur la plus grande partie du penis. Le lendemain il expectora d'abondants coagulums. On lui introduisait la sonde alimentaire dans l'œsophage. Depuis quatre semaines, la marche de la maladie était heureuse, quand soudain une violente pneumonie se déclara à gauche; elle fut bien vite guérie. Dix jours plus tard le malade commença à manger par les voies ordinaires. Six semaines après l'accident la plaie cervicale

était guérie; bientôt aussi l'ulcération du penis céda au traitement par le mercure et l'iodure de potassium.

(*Schmidt's Jahrbücher* p. 64, 1882).

103. (OTIS). — Un volontaire américain se fit, le 9 avril 1862, une blessure au cou qui s'étendait entre les cartilages thyroïde et cricoïde. L'œsophage et le larynx étaient coupés; la plaie s'arrêtait sur les bords des sterno-mastoïdiens. Le malade ne se laissa ni panser, ni introduire de sonde. Hémorrhagie relativement peu abondante. Soif ardente. Au moyen d'un tube il pouvait boire de l'eau provenant d'un vase placé au-dessus de lui. Lorsque la tête était inclinée en avant, la plaie se fermait, et il parvenait à avaler quelques aliments. Chaque jour il employait 20 gallons d'eau qu'il introduisait par la bouche et faisait ressortir par la plaie. On ne réussit pas à l'anesthésier pour lui donner un peu de nourriture. Il mourut le 6^e jour.

(*Loc. Cit.*, p. 400).

Vu :

Le Président de la thèse,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 10 novembre 1884.

Le Recteur,
M. MOURIN.



TABLE DES MATIÈRES

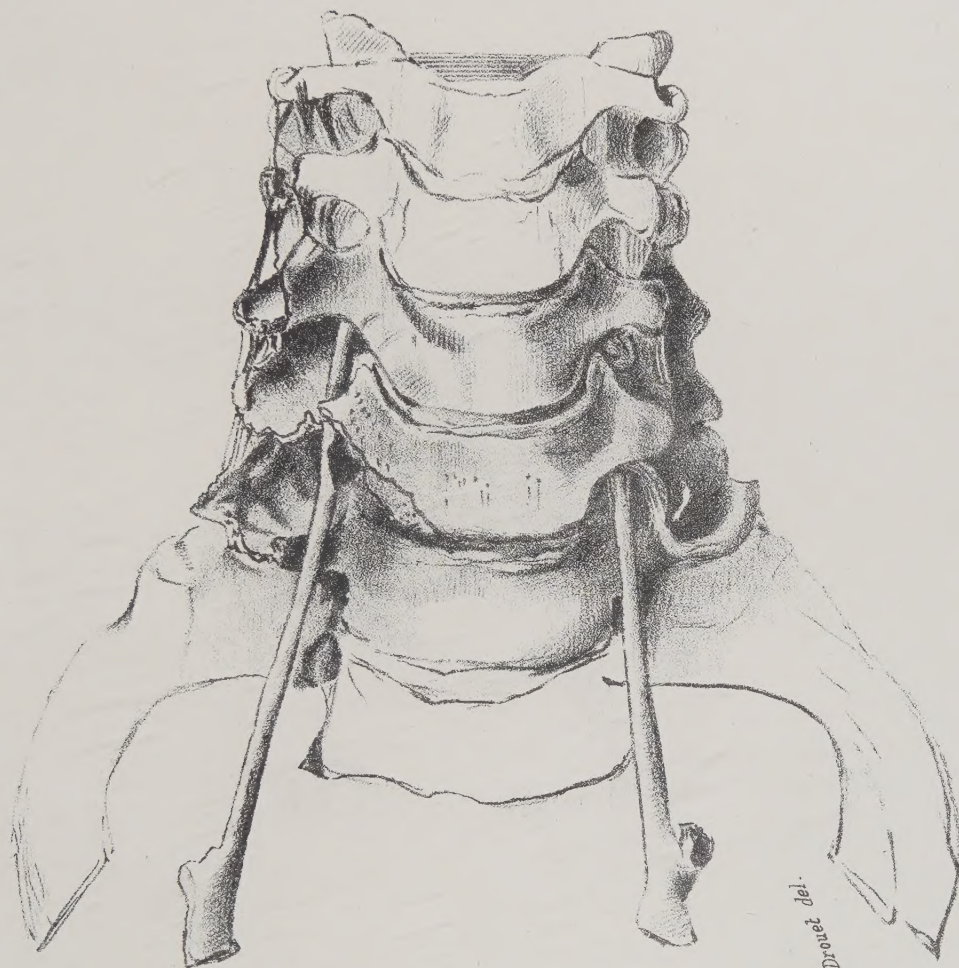
INTRODUCTION	1
PLAN ET DIVISION	2

Première partie.

I. ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME	4
II. SYMPTOMATOLOGIE.	7
1° <i>Caractères anatomo-pathologiques</i>	7
Siège.	7
Direction.	8
Etendue	10
Écartement des lèvres de la plaie.	13
Organes lésés et hémorrhagie primitive.	14
2° <i>Symptômes fonctionnels</i>	19
Appareil digestif.	19
Appareil respiratoire	21
Etat de la voix	23
III. MARCHÉ ET ACCIDENTS DE LA MARCHÉ	25
IV. TERMINAISONS ET PRONOSTIC.	29
V. DIAGNOSTIC	33
VI. TRAITEMENT	35

Deuxième partie.

1° Plaies petites	I
2° Plaies larges	XII



Lith. R. Christophe, Nancy.

Lésion de l'artère vertébrale par coup de couteau.
(Voir Observation 1, p. I).

